



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

618.97  
Ind  
p

# **Pedoman untuk Puskesmas dalam Perawatan Jangka Panjang bagi Lanjut Usia**



DIREKTORAT KESEHATAN KELUARGA  
DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
TAHUN 2018



618.97  
Ind  
p

**Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI**

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal  
Kesehatan Masyarakat

**Pedoman untuk Puskesmas dalam Perawatan Jangka Panjang  
bagi Lanjut Usia. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2018**

ISBN 978-602-416-468-3

Judul I. GERIATRICS  
II. GERIATRIC NURSING  
III. GERIATRIC PSYCHIATRY  
IV. COMMUNITY HEALTH SERVICES

# Pedoman untuk Puskesmas dalam Perawatan Jangka Panjang bagi Lanjut Usia





## KATA PENGANTAR

### DIREKTUR KESEHATAN KELUARGA

Puji syukur kami ucapkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga Buku Pedoman untuk Puskesmas dalam Perawatan Jangka Panjang bagi Lansia ini dapat disusun.

Dengan meningkatnya usia harapan hidup, maka jumlah lanjut usia (Lansia) semakin lama semakin meningkat. Harapannya tentu saja Lansia tersebut dalam kondisi yang sehat, mandiri, aktif dan produktif. Namun demikian, proses penuaan merupakan proses yang alamiah dan memiliki kecenderungan untuk terjadinya penurunan kapasitas fisik maupun kognitif sehingga akan ditemui Lansia yang memiliki ketergantungan dan memerlukan pendampingan atau bantuan dari orang lain.

Buku Pedoman ini merupakan acuan bagi Puskesmas dalam meningkatkan pelayanan bagi Lansia dengan tingkat ketergantungan sedang-berat hingga total yang membutuhkan Perawatan Jangka Panjang (PJP) / *Long Term Care (LTC)*.

Saat ini wahana pelayanan PJP berupa institusi khusus belum banyak ditemui secara merata di Indonesia. Namun seiring dengan kebutuhan masyarakat, ke depan akan semakin berkembang. Oleh karenanya perawatan di rumah (*home care*) perlu didorong menjadi wahana PJP yang paling utama, sehingga Lansia dapat lebih nyaman berada di tengah keluarganya. Dalam



hal ini Puskesmas sebagai garda terdepan kehadiran pemerintah sektor kesehatan di masyarakat memiliki peran yang sangat penting sebagai pembina dan koordinator di wilayah kerjanya.

Terima kasih kami ucapkan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku ini. Mudah-mudahan Buku Pedoman ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Jakarta, September 2018

Direktur Kesehatan Keluarga,



Dr. Eni Gustina, MPH  
NIP. 196308201994122003



## **SAMBUTAN**

### **DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT**

Meningkatnya umur harapan hidup (UHH) memberikan dampak bertambahnya populasi lanjut usia (Lansia). Peningkatan jumlah Lansia menimbulkan beberapa konsekuensi yang berkaitan dengan kondisi Lansia yang cenderung mengalami penurunan fungsi-fungsi tubuh seiring dengan bertambahnya usia atau akibat kondisi-kondisi tertentu (penyakit, kecelakaan, trauma, dll), sehingga tingkat kemandiriannya menurun dan membutuhkan perawatan jangka panjang (PJP). Menurut Balitbangkes tahun 2014, dikatakan bahwa Lansia yang sehat tanpa penyakit sebesar 13%, satu penyakit 34,6%, dua penyakit 28%, tiga penyakit 14,6%, empat penyakit 6,2%, lima penyakit 2,3%, enam penyakit 0,8%, dan lebih dari 6 penyakit 0,3%. Selain itu, hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan seiring bertambahnya umur, angka disabilitas cenderung meningkat.

Penanganan kondisi Lansia tersebut di atas membutuhkan waktu, tenaga dan biaya yang tidak sedikit dan dapat menjadi beban bagi masyarakat dan Pemerintah termasuk bagi Program Jaminan Kesehatan Nasional. Oleh karena itu, upaya memelihara kesehatan Lansia lebih mengutamakan promotif dan preventif dengan dukungan pelayanan kuratif dan rehabilitatif yang berkualitas di fasilitas-fasilitas kesehatan. Sehingga diharapkan Lansia yang sehat tetap sehat, yang sakit kembali sehat atau tidak bertambah sakit, dan kemunduran kondisi fisiknya dihambat

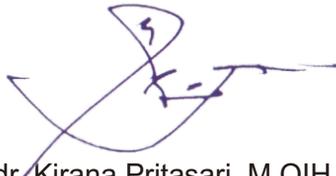


secara optimal. Namun demikian, untuk Lansia yang telah berada pada kondisi dengan penurunan tingkat kemandirian, perawatan jangka panjang merupakan kebutuhan yang harus disediakan baik oleh pemerintah, swasta dan masyarakat.

Saya menyambut baik disusunnya “Pedoman untuk Puskesmas dalam Perawatan Jangka Panjang (PJP) bagi Lansia”, yang akan digunakan sebagai acuan bagi Puskesmas dalam meningkatkan pelayanan bagi Lansia dengan tingkat ketergantungan sedang-berat hingga total yang membutuhkan PJP. Apresiasi saya sampaikan atas inisiatif disusunnya pedoman ini, serta atas kontribusi dan daya upaya dari semua pihak yang terlibat. Semoga buku ini memberi manfaat yang optimal untuk pelayanan terbaik bagi para Lansia di Indonesia.

Jakarta, September 2018

Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat,



dr. Kirana Pritasari, M.QIH

NIP. 196404081990032001



## DAFTAR ISI

Kata Pengantar Direktur Kesehatan Keluarga .....	iii
Sambutan Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat .....	v
Daftar Isi .....	vii
Daftar Gambar .....	ix

### **BAB I PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang .....	1
B. Landasan Hukum .....	7
C. Maksud dan Tujuan .....	9
D. Manfaat .....	10
E. Sasaran .....	11
F. Ruang Lingkup .....	11
G. Pengertian .....	11

### **BAB II PERAWATAN JANGKA PANJANG BAGI LANJUT USIA**

A. Konsep .....	17
B. Indikasi .....	26
C. Prinsip .....	28

### **BAB III PELAKSANAAN PERAWATAN JANGKA PANJANG BAGI LANJUT USIA**

A. Pelaksanaan Perawatan Jangka Panjang di Tingkat Puskesmas .....	39
1. Perencanaan .....	39
2. Pelaksanaan .....	42



B.	Pelaksanaan Perawatan Jangka Panjang di Tingkat Individu .....	43
1.	Perencanaan .....	44
2.	Pelaksanaan .....	45
C.	Mekanisme Pelaksanaan Perawatan Jangka Panjang (PJP) .....	49
D.	Tempat/Wahana Pelaksanaan, Lingkup Pelayanan dan Sarana / Prasarana Perawatan Jangka Panjang (PJP) .....	54
E.	Kompetensi Pelaksana Perawatan Jangka Panjang (PJP) .....	76
F.	Pembinaan dan Pengawasan .....	78
 <b>BAB IV JEJARING KEMITRAAN DAN PEMBIAYAAN</b>		
A.	Jejaring .....	85
B.	Tugas dan Tanggung Jawab .....	86
C.	Pembiayaan .....	88
 <b>BAB V PENUTUP</b> .....		
<b>REFERENSI</b> .....		
<b>KONTRIBUTOR</b> .....		
<b>TIM SEKRETARIAT</b> .....		



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Penentuan indikasi PJP .....	27
Gambar 2	Prinsip Holistik dan <i>Continuum of Care</i> dalam PJP .....	36
Gambar 3	Mekanisme Pelayanan Perawatan Jangka Panjang bagi Lansia .....	50
Gambar 4	Tenaga Kesehatan memberikan Konseling kepada <i>Caregiver</i> (Keluarga) .....	56
Gambar 5	Pemeriksaan Kesehatan di Rumah oleh Petugas Kesehatan .....	56
Gambar 6	Tenaga Kesehatan memberikan informasi tentang Mobilisasi Lansia (mi-ka, mi-ki) pada caregiver (keluarga) .....	57
Gambar 7	Pemberian Makan dengan Menggunakan Sonde oleh <i>caregiver</i> (keluarga) .....	57
Gambar 8	Perawatan Kebersihan Gigi dan Mulut oleh Petugas Kesehatan di Panti .....	60
Gambar 9	Menciptakan Kondisi Lingkungan Ramah Lansia di Panti .....	60
Gambar 10	Latihan Fisik untuk Menjaga Kebugaran Tubuh Lansia .....	61
Gambar 11	Lansia Melakukan Aktifitas yang Mengasah Fungsi Otak dan Kognitif .....	61
Gambar 12	Perawatan Lansia di <i>Transitional Care</i> Setelah Melewati Fase Akut di Rumah Sakit Sebelum Perawatan di Rumah .....	63



Gambar 13	Kegiatan <i>Sharing</i> Pengalaman dalam Rangka Terapi Berkelompok .....	64
Gambar 14	Kegiatan Olah Emosional berupa “Curhat” Lansia sebagai Bagian dari Pemenuhan Kesehatan Mental Spiritual bagi Klien PJP.....	64
Gambar 15	Petugas Kesehatan Memberikan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen dan Nutrisi di <i>Nursing Home</i> .....	66
Gambar 16	Kegiatan Olah Sosial di <i>Nursing Home</i> (Karaoke, Silaturahmi, Mengembangkan Hobi, dll) .....	67
Gambar 17	Kegiatan Olah Fisik (Senam, Latihan Gerak) di <i>Nursing Home</i> .....	67
Gambar 18	Kegiatan olah spiritual (pengajian/kebaktian, ibadah) di <i>nursing home</i> .....	68
Gambar 19	Terapi Modalitas dan Komplementer (pengembangan hobi dan aktifitas berkelompok) di <i>nursing home</i> .....	68
Gambar 20	Kegiatan Terapi Okupasi di <i>nursing home</i> .....	69
Gambar 21	Skema peran puskesmas dalam pembinaan dan pengawasan PJP .....	81
Gambar 22	Jejaring Perawatan Jangka Panjang di tingkat Puskesmas .....	85







# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

Jumlah penduduk lanjut usia (lansia) di dunia saat ini mengalami peningkatan dengan cepat. Berdasarkan batasan umur menurut WHO, lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas. Hal ini merupakan salah satu dampak keberhasilan pembangunan dan kemajuan teknologi yang berakibat pada menurunnya angka kematian dan angka kesakitan ibu dan anak, menurunnya angka fertilitas serta meningkatnya umur harapan hidup (UHH). Dengan makin meningkatnya UHH, akan terjadi peningkatan populasi lansia. Populasi lansia di dunia diperkirakan meningkat dari 962 juta pada tahun 2017, menjadi 1,4 miliar pada tahun 2030, menjadi 2,1 miliar 2050, serta menjadi 3,1 miliar pada tahun 2100 (*United Nation, 2017*).

Demikian juga dengan populasi lansia di Indonesia. Pada tahun 2010, UHH di Indonesia mencapai 69,8 tahun, meningkat menjadi 70,9 tahun pada tahun 2014 dan diperkirakan meningkat hingga 72,4 tahun pada tahun 2035 (BPS, 2015). Peningkatan UHH ini berdampak pada terus bertambahnya penduduk lansia dengan segala konsekuensinya. Sensus Penduduk (SP) menunjukkan populasi lansia pada tahun 2010 sebesar 18,1 juta jiwa atau 7,6% dari jumlah penduduk. Berdasarkan Sensus Sosial Ekonomi Nasional





Lansia cenderung menderita lebih dari satu penyakit (multi patologi). Litbangkes (2014) menunjukkan bahwa lansia yang sehat tanpa penyakit sebesar 13%, dengan satu penyakit 34,6%, dua penyakit 28%, tiga penyakit 14,6%, empat penyakit 6,2%, lima penyakit 2,3%, enam penyakit 0,8%, dan yang menderita lebih dari 6 penyakit 0,3%. Lansia dimasukkan dalam kategori geriatri bila menderita 2 penyakit atau lebih.

Hal penting yang harus diperhatikan pada lansia adalah sindroma geriatrik. Sindroma geriatrik merupakan gejala yang muncul karena terjadinya berbagai gangguan akibat proses menua yang disertai dengan munculnya berbagai penyakit multi patologi. Sindroma geriatrik dikenal juga dengan istilah "14i" yaitu: *imobilisasi* (berkurangnya kemampuan gerak), *instabilitas postural* (jatuh dan patah tulang), *inkontinensia urin* dan alvi (mengompol dan BAB tidak terkontrol), infeksi, *impairment of senses* (gangguan fungsi panca indera), *inanition* (gangguan gizi/*inanisi iatrogenic* (masalah akibat tindakan medis), *insomnia* (gangguan tidur), *intellectual impairment* (gangguan fungsi kognitif), *isolasi* (menarik diri), *impecunity* (berkurangnya kemampuan keuangan), *impaction of feces* (konstipasi), *immune deficiency* (gangguan sistem imun) dan impotensi (gangguan fungsi seksual). Hasil penelitian menunjukkan bahwa *inanition* mempunyai proporsi terbanyak sebesar 41,6%, diikuti dengan *intellectual impairment* sebesar 38,4%, *inkontinensia urin* sebesar 27,8%, dan *imobilisasi* sebesar 21,3% (Setiati, 2014).



Disabilitas pada lansia terjadi akibat bertambahnya usia atau kondisi-kondisi tertentu (penyakit, kecelakaan, trauma, dll). Dengan bertambahnya umur, angka disabilitas cenderung meningkat. Berdasarkan data Riskesdas (2013), angka disabilitas pada lansia umur 55-64 tahun adalah 18,6%, sedangkan umur 65-75 tahun 34,5 dan pada umur 75 tahun sebesar 55,9%.

Lansia juga mengalami penurunan kapastias intrinsik, menurut SUPAS 2015, 5,2% lansia mengalami gangguan penglihatan sedang, 0,7% tidak dapat melihat sama sekali. Sedangkan 4,5% mengalami gangguan pendengaran sedang dan 0,4% sama sekali tidak dapat mendengar. Sejumlah 5,3% mengalami gangguan berjalan sedang dan 2,2% sama sekali tidak dapat berjalan. Lansia yang mengalami gangguan memori sedang sebanyak 3,6% dan 1% sama sekali hilang memori.

Banyaknya penyakit yang diderita (multi patologis) dan meningkatnya tingkat disabilitas pada lansia, merupakan indikasi dibutuhkannya Perawatan Jangka Panjang (PJP)/ *Long Term Care* (LTC) (Badan Litbangkes, 2014). Menurut definisi WHO (2012), perawatan jangka panjang adalah sistem kegiatan-kegiatan terpadu yang dilakukan oleh *caregiver* informal atau profesional untuk memastikan bahwa lanjut usia yang tidak sepenuhnya mampu merawat diri sendiri, dapat menjaga kualitas tertinggi kehidupannya, sesuai dengan keinginannya, dan dengan kemungkinan terbesar



memiliki kebebasan, otonomi, partisipasi, pemenuhan kebutuhan pribadi serta kemanusiaan. Pentingnya PJP bagi lansia adalah untuk mempertahankan tingkat kemandirian, mengurangi ketergantungan, mencegah komplikasi penyakit atau disabilitas, mencegah kecelakaan, menjaga harga diri dan kualitas hidup, mengurangi rasa sakit, serta merasa bermartabat. Dengan demikian kualitas hidup lansia dapat dijaga dengan seoptimal mungkin.

Di Indonesia saat ini sudah ada beberapa wahana pelayanan PJP yang berbasis masyarakat, sayangnya wahana ini belum terorganisir dan belum memiliki acuan yang terstandar. Belum ada wahana yang melakukan PJP sebagai kesatuan pelayanan yang terintegrasi meskipun sudah menyediakan beberapa jenis pelayanan. Salah satu bentuk PJP yang diutamakan adalah pelayanan *home care* (perawatan di rumah atau panti) yang dikembangkan oleh beberapa institusi pemerintah. Kemenkes memberikan penekanan pada pelayanan keperawatan di rumah/ *home nursing*. Kemensos memberikan pendampingan bagi lansia miskin (pra sejahtera). BKKBN dengan program Bina Keluarga Lansia (BKL), memberdayakan keluarga yang mempunyai lansia terutama dalam aspek sosial, mental dan spiritual. Pada pelaksanaannya di tingkat kecamatan, petugas puskesmas, petugas sosial dan petugas BKL diharapkan saling bekerjasama dengan baik. Demikian pula sektor swasta dan LSM yang telah banyak mengembangkan pelayanan PJP ini baik institusional maupun non-institusional.



Dari segi perlindungan sosial dan jaminan kesehatan, telah ada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Peserta JKN berhak menerima manfaat jaminan kesehatan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai. Namun demikian jaminan kesehatan tersebut belum mencakup PJP yang memerlukan pelayanan sehari-hari oleh *caregiver* (pelaku rawat/pendamping).

Hal lain yang penting adalah kebijakan global, regional dan peraturan perundang-undangan dan kebijakan pembangunan kesehatan yang berlaku. *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health 2016-2020* pada tujuan strategis ke-empat telah menetapkan bahwa setiap negara perlu menciptakan sistem pendampingan PJP (di tempat tinggal, komunitas serta institusi). *Regional Strategy for Healthy Ageing* yang diprakarsai WHO SEARO selama 2013-2018, telah disepakati oleh setiap negara anggota WHO untuk kemudian dilakukan pengembangan pelayanan PJP di negara masing-masing. Pengembangan ini harus didukung oleh tenaga formal yang profesional maupun tenaga informal yang handal. Perundang-undangan dan kebijakan pembangunan kesehatan mengamankan peningkatan derajat kesehatan masyarakat menuju peningkatan kualitas hidup setiap penduduk karena kesehatan merupakan hak azasi manusia. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan mempunyai peran dan kontribusi yang amat penting dalam tercapainya seluruh



kebijakan tersebut terutama dalam meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia, termasuk lansia. Salah satu langkah yang perlu segera dilakukan adalah menyusun pedoman ini.

## **B. LANDASAN HUKUM**

Perawatan Jangka Panjang pada lansia di Indonesia dilaksanakan berdasarkan Undang-Undang dan peraturan sebagai landasan dalam menentukan kebijaksanaan pembinaan. Landasan hukum, perundangan dan peraturan dimaksud adalah;

1. Undang-Undang RI Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia,
2. Undang-Undang RI Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia
3. Undang-Undang RI Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga
4. Undang Undang RI Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik
5. Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
6. Undang-Undang RI Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
7. Undang-Undang RI Nomor 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga



8. Undang-Undang RI Nomor 19 tahun 2011 tentang Pengesahan *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (Konvensi Mengenai Hak hak Penyandang Disabilitas)
9. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
10. Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
11. Undang-Undang RI Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan
12. Undang-Undang RI Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa
13. Undang-Undang RI Nomor 8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas
14. Peraturan Pemerintah RI Nomor 43 tahun 2004 tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Lansia
15. Keputusan Presiden RI Nomor 52 tahun 2004 tentang Pembentukan Komisi Nasional Lanjut Usia
16. Peraturan Menteri Sosial RI Nomor 19 tahun 2012 tentang Pedoman Pelayanan dan Perawatan Sosial Lanjut Usia
17. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 79 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Geriatri di Rumah Sakit
18. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 67 tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas



19. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 Tahun 2016 tentang Rencana Aksi Nasional Kesehatan Lanjut Usia Tahun 2016-2019
20. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 908 tahun 2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Perawatan Keluarga

## C. MAKSUD DAN TUJUAN

### 1. Maksud

Pedoman ini dimaksudkan sebagai acuan bagi puskesmas untuk melaksanakan pelayanan perawatan jangka panjang bagi lansia di wilayah kerjanya serta bekerjasama dengan pihak-pihak terkait sesuai dengan tugas dan kewenangannya.

### 2. Tujuan

#### a. Tujuan Umum

Buku pedoman ini sebagai acuan bagi puskesmas dalam mengembangkan perawatan jangka panjang yang optimal kepada lansia yang mengalami penurunan kapasitas fungsional, sehingga dapat mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidupnya.

#### b. Tujuan Khusus

- 1) Dipahaminya konsep perawatan jangka panjang bagi lansia dan sistem rujukannya



- 2) Dipahaminya indikasi perawatan jangka panjang bagi lansia.
- 3) Dipahaminya prinsip pelayanan kesehatan dalam perawatan jangka panjang bagi lansia.
- 4) Dipahaminya berbagai tempat dan jenis pelayanan perawatan jangka panjang bagi lansia
- 5) Diterapkannya pedoman pelayanan perawatan jangka panjang oleh Puskesmas sesuai kebijakan yang berlaku.

## D. MANFAAT

### 1. Bagi Lansia

- a. Mempertahankan tingkat kemandirian dan mengurangi ketergantungan
- b. Mencegah komplikasi penyakit atau disabilitas
- c. Mengurangi rasa sakit dan mencegah kecelakaan
- d. Meningkatkan harga diri dan kualitas hidup sehingga merasa bermartabat
- e. Menghindari terjadinya kekerasan

### 2. Bagi Keluarga

- a. Mengurangi beban keluarga
- b. Meningkatkan hubungan dan ketahanan keluarga



## E. SASARAN

### Sasaran langsung:

1. Puskesmas
2. Petugas kesehatan di puskesmas

### Sasaran tidak langsung:

1. Petugas kesehatan di institusi pelayanan perawatan jangka panjang lainnya
2. Pengajar dan peserta didik di institusi pendidikan kesehatan
3. Organisasi profesi

## F. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup pedoman perawatan jangka panjang bagi lansia meliputi:

1. Perawatan jangka panjang bagi lansia
2. Penyelenggaraan perawatan jangka panjang bagi lansia
3. Jejaring kemitraan dan pembiayaan

## G. PENGERTIAN

1. Lanjut Usia (lansia) adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas.
2. Perawatan jangka panjang menurut definisi WHO (2012) adalah sistem kegiatan-kegiatan terpadu yang dilakukan oleh *caregiver* informal atau profesional untuk memastikan bahwa lanjut usia yang tidak sepenuhnya



mampu merawat diri sendiri, dapat menjaga kualitas tertinggi kehidupannya, sesuai dengan keinginannya, dan dengan kemungkinan terbesar memiliki kebebasan, otonomi, partisipasi, pemenuhan kebutuhan pribadi serta kemanusiaan

3. Geriatri adalah cabang disiplin ilmu kedokteran yang mempelajari aspek kesehatan dan kedokteran pada warga lansia termasuk pelayanan kesehatan kepada lansia dengan mengkaji semua aspek kesehatan berupa promosi, pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan rehabilitasi.
4. Lansia Geriatri adalah lansia dengan multi penyakit dan/ atau gangguan akibat penurunan fungsi organ, psikologi, sosial, ekonomi dan lingkungan yang membutuhkan pelayanan kesehatan secara terpadu dengan pendekatan multidisiplin yang bekerja secara interdisiplin.
5. Status Fungsional adalah kemampuan untuk mempertahankan kemandirian dan untuk melakukan aktivitas dalam kehidupan sehari-hari.
6. Multidisiplin adalah berbagai disiplin atau bidang ilmu yang secara bersama-sama menangani penderita dengan berorientasi pada ilmunya masing-masing.
7. Interdisiplin adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh berbagai disiplin/ bidang ilmu yang saling terkait dan bekerjasama dalam penanganan lansia yang berorientasi pada kepentingan lansia.
8. Disabilitas adalah kondisi seseorang yang mengalami keterbatasan fisik, mental, intelektual, atau sensorik dalam



jangka waktu lama di mana ketika berhadapan dengan berbagai hambatan, dapat menghalangi partisipasi penuh dan efektif mereka dalam masyarakat berdasarkan kesetaraan dengan yang lainnya [UU RI No. 8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas].

9. *Caregiver* Lansia adalah seorang yang telah lulus pendidikan atau pelatihan formal atau non-formal sehingga mempunyai kemampuan dalam memberikan bantuan dan dukungan ADL dan IADL kepada lansia yang tidak bisa merawat dirinya sendiri.
10. *Caregiver Informal* Lansia adalah tenaga *caregiver* yang berasal dari keluarga, tetangga, relawan dan kader yang memberikan bantuan dan pendampingan kepada lansia (*caregiver* informal seharusnya mendapat pelatihan dasar PJP)
11. *Caregiver* Formal Lansia adalah *caregiver* yang mendapatkan pelatihan atau pendidikan formal dan mendapat sertifikat nasional.
12. Kualitas Hidup adalah persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan, sesuai dengan sistem budaya dan nilai-nilai tempat tinggal mereka, dalam kaitannya dengan kepentingan, tujuan hidup, harapan, dan standar yang ingin dicapainya.
13. Perlindungan Sosial adalah upaya Pemerintah dan/atau masyarakat untuk memberikan kemudahan pelayanan bagi lansia tidak potensial agar dapat mewujudkan dan menikmati taraf hidup yang wajar



14. *Activity Daily Living* (ADL) adalah ukuran standar tersedia untuk menentukan tingkat ketergantungan seseorang yang diukur melalui Instrumen ADL (*Activity Daily Living*)/Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS)/Barthel Indeks (terlampir).
15. *Intrumental Activity Daily Living* (IADL)/ Aktivitas instrumental Kehidupan Sehari-hari. Instrumen ini berfokus pada berbagai aktivitas yang diperlukan untuk kehidupan mandiri. Contoh IADL termasuk melakukan pekerjaan rumah tangga, memasak, mencuci pakaian, berbelanja, minum obat, menggunakan telepon, mengelola uang, dan berkeliling di luar rumah (Lawton & Brody, 1969).
16. Depresi adalah suatu perasaan sedih yang sangat mendalam, yang dapat terjadi setelah kehilangan seseorang atau peristiwa menyedihkan lainnya, tetapi tidak sebanding dengan peristiwa tersebut dan terus menerus dirasakan berlangsung minimal dua minggu.
17. Demensia merupakan sindrom akibat kelainan otak bersifat kronik progresif serta terdapat gangguan fungsi luhur (kortikal yang multiple), yaitu; daya ingat, daya pikir, daya orientasi, daya pemahaman, berhitung, kemampuan belajar, berbahasa, kemampuan menilai.
18. Delirium adalah suatu kebingungan akut yang ditandai dengan disorientasi, bicara ngelantur, gelisah, sulit mengalihkan perhatian, ketakutan dan lain-lain yang disebabkan oleh gangguan metabolisme di otak akibat gangguan metabolik/ infeksi/ trauma kepala/efek samping obat dan sebagainya.







## BAB II

### PERAWATAN JANGKA PANJANG BAGI LANJUT USIA

#### A. KONSEP

Perawatan jangka panjang (PJP) yang dibahas dalam pedoman ini adalah sistem kegiatan terpadu yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (tenaga medis, perawat dan tenaga kesehatan lain) dibantu oleh *caregiver*. Kegiatan ini dilakukan untuk memastikan bahwa lansia yang tidak sepenuhnya mampu merawat diri dapat menjaga kualitas tertinggi kehidupannya sesuai dengan keinginannya, dan memiliki kebebasan, otonomi, partisipasi, pemenuhan kebutuhan pribadi serta kemanusiaan.

PJP merupakan bagian integral dari sistem kesehatan, yang diberikan di unit pelayanan kesehatan maupun di rumah dan fasilitas pelayanan lainnya di masyarakat. PJP di Indonesia memiliki dimensi karakteristik yang merupakan modifikasi dari **10 dimensi karakteristik** oleh Jones and Barthel Publisher (2016). Modifikasi pelayanan PJP ini dilakukan karena aspek budaya di Indonesia masih mempertahankan model keluarga besar (*extended family*). Dimensi karakteristik PJP di Indonesia adalah:

#### 1. Pelayanan yang beragam

##### a. Pelayanan medis dan keperawatan.

Pelayanan medis merupakan tatalaksana kondisi





### c. Dukungan sosial.

Dukungan sosial merupakan berbagai bantuan dan konseling dengan tujuan untuk membantu lansia melakukan penyesuaian pada perubahan kehidupannya sehingga mampu beradaptasi dengan situasi yang dapat menyebabkan stres, konflik, kesedihan, atau ketidakseimbangan emosional lainnya. Dukungan sosial meliputi olah sosial (silaturahmi, *gathering*), terapi modalitas dan komplementer (senam, latihan gerak, terapi rekreasi, terapi aktifitas berkelompok) dan sebagainya.

### d. Pelayanan analisis tempat tinggal.

Tempat tinggal yang ramah lansia juga merupakan salah satu komponen kunci dari PJP. Desain lingkungan tempat tinggal harus direncanakan dengan baik agar memungkinkan lansia bebas bergerak secara mandiri semaksimal mungkin. Contoh sederhana seperti lantai yang landai, pintu yang lebar termasuk pintu kamar mandi-agar kursi roda bisa masuk dan keluar dengan mudah, lantai kamar mandi tidak licin, toilet dilengkapi pegangan dengan ketinggian yang sesuai agar para lansia tersebut lebih mudah duduk dan bangun, dan pemasangan bel tanda bahaya juga sangat membantu. Sebelum lansia pasca rawat dengan disabilitas dipulangkan, petugas RS/



perawat/pekerja sosial melakukan analisis tempat tinggal dan memberikan saran kepada keluarga untuk memodifikasi rumah agar ramah lansia terlebih dahulu.

**e. Pelayanan hospis dan paliatif.**

Hospis merupakan penyiapan akhir hidup, baik dari segi kesehatan, psikologis, hukum dan spiritual. Penekanan hospis adalah pada menjaga kualitas hidup dengan meminimalkan ketidaknyamanan serta mempersiapkan lansia meninggal dengan bermartabat. Perawatan medis difokuskan pada perawatan paliatif untuk menghilangkan gejala yang tidak nyaman seperti rasa nyeri dan mual dengan melibatkan lansia dan keluarga bersama-sama sebagai satu unit perawatan. Pelayanan psikologis berfokus pada menghilangkan kesedihan. Konsultasi hukum bekerjasama dengan profesi/lembaga terkait membantu mengatur urusan akhir seperti wasiat, pemakaman dan warisan. Konseling dan dukungan spiritual diberikan untuk membantu lansia menghadapi akhir hidupnya. Setelah kematian lansia, bila diperlukan, dapat diberikan konseling kepada keluarga.



**f. Pelayanan asuhan siang (*day care*)**

Merupakan pelayanan di fasilitas khusus selama jam kerja bagi klien PJP yang tinggal dengan anggota keluarga aktif bekerja. Pelayanan ini dapat diberikan oleh wahana-wahana PJP seperti panti/residensial, *nursing home* atau bahkan Rumah Sakit, dan tidak menutup kemungkinan kedepannya akan ada *day care* lansia yang berdiri sendiri. Kegiatan-kegiatan yang diberikan selama *day care* dapat mencakup pelayanan medis, pelayanan mental-spiritual dan juga pelayanan sosial, bergantung pada kewenangan wahana penyelenggara.

**2. Pelayanan bersifat individu**

Pelayanan PJP disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing lansia. Kebutuhan tersebut ditentukan oleh penilaian kondisi fisik, mental, dan emosional lansia pada saat tertentu. Faktor lain yang juga harus diperhatikan adalah:

- kondisi medis dan psikososial di masa lalu,
- riwayat sosial hubungan keluarga,
- riwayat pekerjaan,
- keterlibatan dalam aktivitas di masyarakat,
- pemanfaatan waktu luang,
- faktor budaya: suku, bahasa dan agama



Selanjutnya dikembangkan sebuah rencana pelayanan perawatan individual, sehingga setiap jenis kebutuhan lansia dapat ditangani dengan tepat melalui intervensi yang sesuai.

### 3. Perawatan Menyeluruh yang Terkoordinasi dengan Baik

Penyedia pelayanan PJP bertanggung jawab untuk mengelola kebutuhan perawatan kesehatan lansia secara menyeluruh. Perawatan menyeluruh berarti setiap kebutuhan kesehatan lansia dideteksi, ditangani dan dievaluasi, oleh tenaga profesional yang tepat (dokter, perawat, atau tenaga kesehatan lain) yang dapat dibantu oleh *caregiver*. Pelayanan yang terkoordinasi dengan baik diperlukan untuk mencegah terjadinya komplikasi sedini mungkin.

### 4. Peningkatan Kemandirian Fungsional

Pelayanan PJP menjadi penting ketika terjadi penurunan kemampuan fungsional yang bermakna dalam melakukan aktivitas hidup sehari-hari pada seorang individu. Tujuan PJP adalah untuk mempertahankan kemandirian fungsional yang optimal dan mencegah terjadinya kemunduran lebih lanjut. Lansia harus diajarkan menggunakan peralatan adaptif antara lain kursi roda, alat bantu jalan, peralatan makan khusus, atau perangkat



oksigen portabel. Pelayanan PJP memberikan perawatan dan bantuan ketika lansia tidak dapat melakukan sesuatu untuk dirinya atau sama sekali menolak untuk melakukannya.

## 5. Perpanjangan Durasi Perawatan

Durasi PJP pada lansia dapat berlangsung kurang dari tiga bulan (90 hari), lebih dari tiga bulan, atau bahkan hingga akhir hayat. Oleh karena itu, pada PJP pendekatan holistik dan perhatian terhadap kualitas hidup sangat dibutuhkan.

## 6. Penggunaan Teknologi Tepat Guna

Penggunaan teknologi tepat guna bervariasi sesuai dengan permasalahan dan kebutuhan klien PJP. Penggunaan teknologi tepat guna membutuhkan kreatifitas dan inovasi dengan memperhatikan dan menyesuaikan dengan keadaan klinis, situasi, kondisi, serta kemampuan klien. Teknologi tepat guna dimaksud seperti penyediaan alas kaki nonslip, pelindung pinggul, komode/toilet duduk, alat-alat untuk *handling and lifting*, sistem panggilan, sistem mandi, dan alat perawatan kesehatan lain.

## 7. Penggunaan Praktik Berbasis Bukti

Teknik pelayanan yang digunakan dalam PJP perlu didasari dengan praktik-praktik terbaik yang telah





## 10. Mengoptimalkan Kualitas Hidup

Kualitas hidup seseorang sangat erat kaitannya dengan kepuasan dirinya terhadap kehidupan yang dialami. Kualitas hidup lansia dapat ditingkatkan dengan mengintegrasikan kelima faktor di bawah ini ke dalam pemberian pelayanan PJP:

- a. Gaya hidup: misalnya hubungan sosial (kebiasaan silaturahmi, persahabatan), kegiatan rekreasi, kegiatan spiritual, menjalankan hobi tertentu (berkebun, merajut, bernyanyi, dll) atau menghabiskan waktu sendirian.
- b. Lingkungan hidup yang nyaman, aman, bersih, indah dan rapih.
- c. Pelayanan paliatif, yang merupakan upaya penyediaan pelayanan untuk mengurangi rasa sakit, nyeri, mual dan rasa tidak nyaman lainnya.
- d. Pelayanan yang diberikan dengan hati, yaitu pengasuhan yang menekankan pada pelayanan yang sepenuh hati (peduli, sabar, welas asih, menghargai *privacy* dan menjunjung tinggi martabat lansia).
- e. Berorientasi pada lansia, yaitu memberikan hak kepada lansia untuk menentukan pilihan perawatan pada dirinya dengan memperhatikan kondisi klinis dan program pelayanan yang telah dibuat. Misalnya dalam hal menentukan menu, waktu bangun, waktu tidur, waktu mandi, dll.



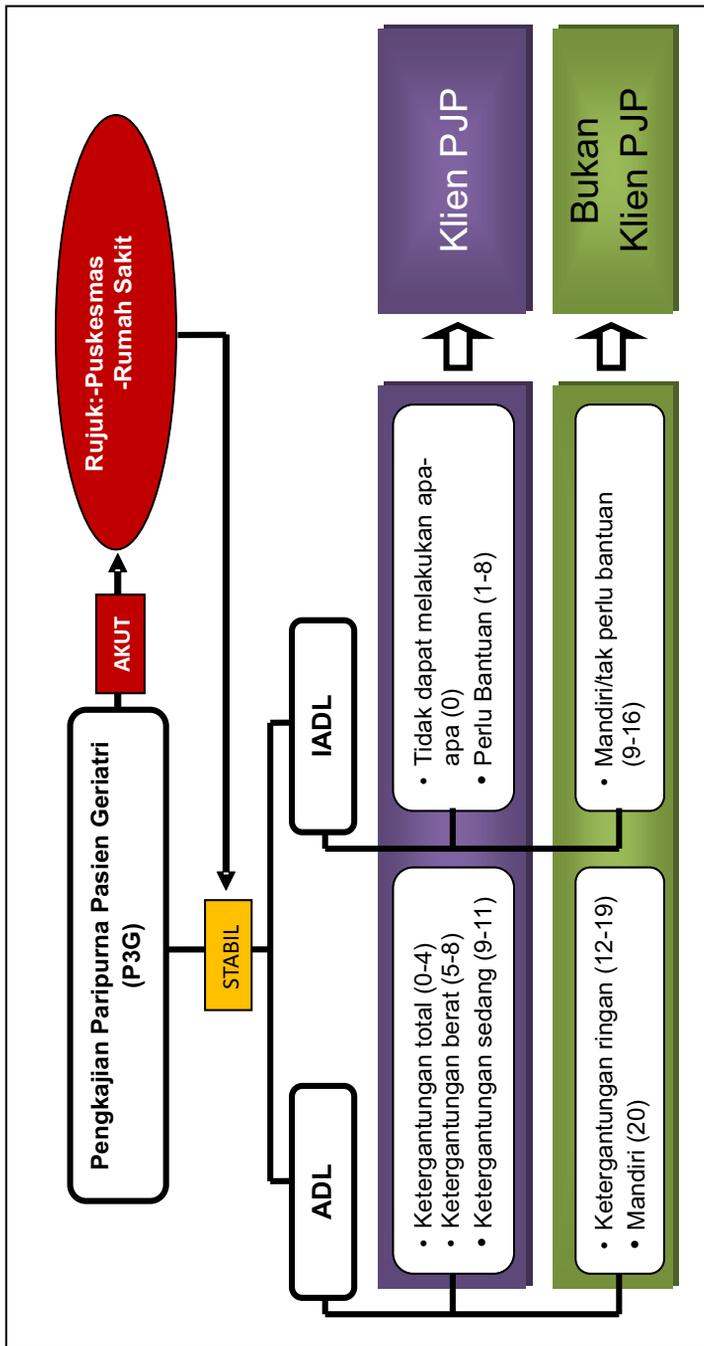
## B. INDIKASI

Kebutuhan pelayanan PJP bagi lansia sangat dipengaruhi oleh kondisi kapasitas fungsional fisik, mental, dan kognitif yang cenderung berkurang dengan bertambahnya usia. Kondisi penurunan dan pemulihan kapasitas fungsional ini sangat bervariasi tergantung pada status kesehatan lansia.

Lansia perlu dinilai terlebih dahulu secara komprehensif melalui Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G) oleh tim yang dipimpin seorang dokter untuk menilai kondisi kesehatannya termasuk ada tidaknya indikasi dirujuk atau dirawat di rumah sakit. Dalam pengkajian tersebut dilakukan penilaian status fungsionalnya dengan menggunakan instrumen *Activity Daily Living* (ADL)/ Aktivitas Kehidupan Sehari-hari dan *Instrumental Activity Daily Living* (IADL)/ Aktivitas Instrumental Kehidupan Sehari-hari. Penilaian ini dapat dilakukan di rumah/panti, Puskesmas maupun Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) lainnya.

Hasil penilaian ADL dengan “ketergantungan sedang, ketergantungan berat dan total” (skor 0-11) dan hasil penilaian IADL dengan kategori “perlu bantuan dan tidak dapat melakukan apapun” (skor 0-8) merupakan indikasi lansia tersebut memerlukan PJP/ Klien PJP.





Gambar 1. Penentuan indikasi PJP



## C. PRINSIP

PJP pada lansia memiliki prinsip dasar dilaksanakan dengan pendekatan holistik dan dengan menerapkan *continuum of care*. Kedua prinsip ini diimplementasikan secara terintegrasi.

### 1. Pendekatan Holistik

Prinsip PJP bagi lansia menggunakan pendekatan holistik untuk memenuhi kebutuhan lansia dari aspek kesehatan fisik, psikologis, sosial-budaya dan spiritual.

#### a. Aspek Fisik

Aspek fisik yang perlu diperhatikan terkait pendekatan holistik pada lansia antara lain:

- i. Kemandirian atau ketergantungan lansia dengan tingkat sedang, berat atau total.
- ii. Sindroma geriatri dan penyakit degeneratif yang dialami oleh lansia.

**Sindrom geriatri ini** dikenal juga dengan istilah “14 i” yaitu:

- a) imobilisasi (berkurangnya kemampuan gerak);
- b) instabilitas postural (jatuh dan patah tulang);
- c) inkontinensia urin dan alvi (mengompol dan BAB tidak terkontrol);
- d) infeksi;



- e) *impairment of senses* (gangguan fungsi panca indera);
- f) *inanition* (gangguan gizi);
- g) *iatrogenik* (masalah akibat tindakan medis);
- h) *insomnia* (gangguan tidur);
- i) *intellectual impairment* (gangguan fungsi kognitif);
- j) isolasi (menarik diri);
- k) *impecunity* (berkurangnya kemampuan keuangan);
- l) *impaction of feces* (konstipasi);
- m) *immune deficiency* (gangguan sistem imun);
- n) *impotensi* (gangguan fungsi seksual)

Enam dari “ 14 i ” tersebut yakni imobilisasi, instabilitas postural, *intellectual impairment* dalam hal ini delirium dan demensia, infeksi dan isolasi akibat depresi serta inkontinensia urine/alvi merupakan kondisi-kondisi yang paling sering menyebabkan lansia harus dikelola secara intensif. Karenanya, keenam kondisi tersebut disebut *geriatric giant*.

Beberapa penyakit degenerative dan masalah kesehatan yang dapat membuat lansia membutuhkan PJP diantaranya: stroke, gagal jantung berat, alzheimer, demensia, kanker stadium akhir, PPOK dengan sesak nafas, penyakit hati dengan *ascites*, HIV / AIDS berat, dan masalah gizi.





berkontribusi pada masalah sosial dan budayanya. Aspek sosial-budaya pada lansia yang memerlukan dukungan;

**i. Kemiskinan.**

Pelayanan sosial bagi lansia miskin yang memerlukan PJP dilaksanakan oleh lembaga kesejahteraan sosial lansia baik pemerintah maupun swasta/masyarakat.

**ii. Kekerasan/*abuse*.**

Jumlah kasus kekerasan/*abuse* pada lansia semakin meningkat. Kekerasan/*abuse* adalah setiap perbuatan terhadap seseorang yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologis, dan atau penelantaran, termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum. Pelaku kekerasan/*abuse* dapat berasal dari orang terdekat/keluarga atau orang lain. Petugas kesehatan harus mampu mendeteksi adanya indikasi terjadi kekerasan/*abuse* dan memanfaatkan lembaga pelayanan yang tersedia baik di lintas program maupun lintas sektor.



### iii. Kesepian

Perasaan kesepian seringkali menimbulkan masalah yang serius pada lansia. Interaksi melalui berbagi pengalaman dan aktivitas kelompok dapat dilakukan untuk meningkatkan interaksi sosial lansia sehingga rasa kesepian dapat dikurangi atau dihilangkan. Pendekatan budaya sangat penting karena dapat membantu pengembangan intervensi yang sesuai dengan nilai personal.

### d. Aspek Spiritual

Aspek spiritual lansia antara lain adalah keyakinan, nilai, komitmen dan agama yang dianut. Dalam hal ini, keagamaan merupakan faktor utama yang tidak dapat diabaikan. Masalah spiritual yang sering ditemukan yaitu distres spiritual. Distres spiritual dapat timbul seiring dengan seseorang mencari makna tentang apa yang terjadi pada dirinya yang mungkin dapat mengakibatkan seseorang merasa sendiri dan terkucilkan dari pergaulan.

Pendekatan spiritual dapat dilakukan dengan memberikan dukungan spiritual serta meningkatkan partisipasi lansia dalam kegiatan keagamaan. Kegiatan kelompok keagamaan dapat mempengaruhi psikologis lansia dan sekaligus dapat memperluas jaringan sosialnya.



## 2. Prinsip *Continuum of Care*

Prinsip PJP bagi lansia adalah pelayanan berkelanjutan. Pelayanan berkelanjutan/*continuum of care* adalah pelayanan yang berkesinambungan dari pelayanan PJP yang berbasis komunitas ke pelayanan berbasis rumah sakit dan sebaliknya.

Pelayanan PJP dapat dilakukan di rumah (*home care*), panti/*residensial*, *nursing home*, dan *transitional care/subacute care*. Jenis pelayanan yang diberikan dapat dilihat pada BAB III.

Ketika lansia mengalami masalah kesehatan dan memerlukan penanganan yang tidak terdapat pada pelayanan berbasis komunitas, termasuk Puskesmas, maka lansia dapat dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan (rumah sakit) sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku. Lansia yang sudah dalam tahap pemulihan dapat dirujuk balik ke pelayanan komunitas untuk proses rehabilitasi maupun pelayanan PJP sesuai dengan kebutuhan. Jika lansia yang sudah melewati masa akut, namun belum bisa dipulangkan, dapat dirujuk balik ke *transitional care/subacute care* hingga kondisinya memungkinkan untuk dipulangkan. Pelayanan yang diberikan kepada lansia diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup lansia hingga akhir hayatnya.



Prinsip *Continuum of care* umumnya berfokus pada tiga hal utama:

**a. Keberlanjutan perawatan pascarawat inap.**

PJP umumnya membutuhkan keberlanjutan perawatan setelah keluar dari rumah sakit. Lansia pasca rawat inap biasanya masih membutuhkan asuhan keperawatan khusus. Asuhan ini merupakan perawatan yang diarahkan oleh dokter, dilakukan oleh perawat dan terapis berlisensi. Perawatan pascarawat inap ini dapat diberikan pada lansia di rumah (*home care*), *panti/residensial*, *transitional care/ subacute care* atau *nursing home* yang mempunyai lisensi untuk memberikan PJP.

**b. Tatalaksana kondisi kronis dan pencegahan terjadinya potensi komplikasi.**

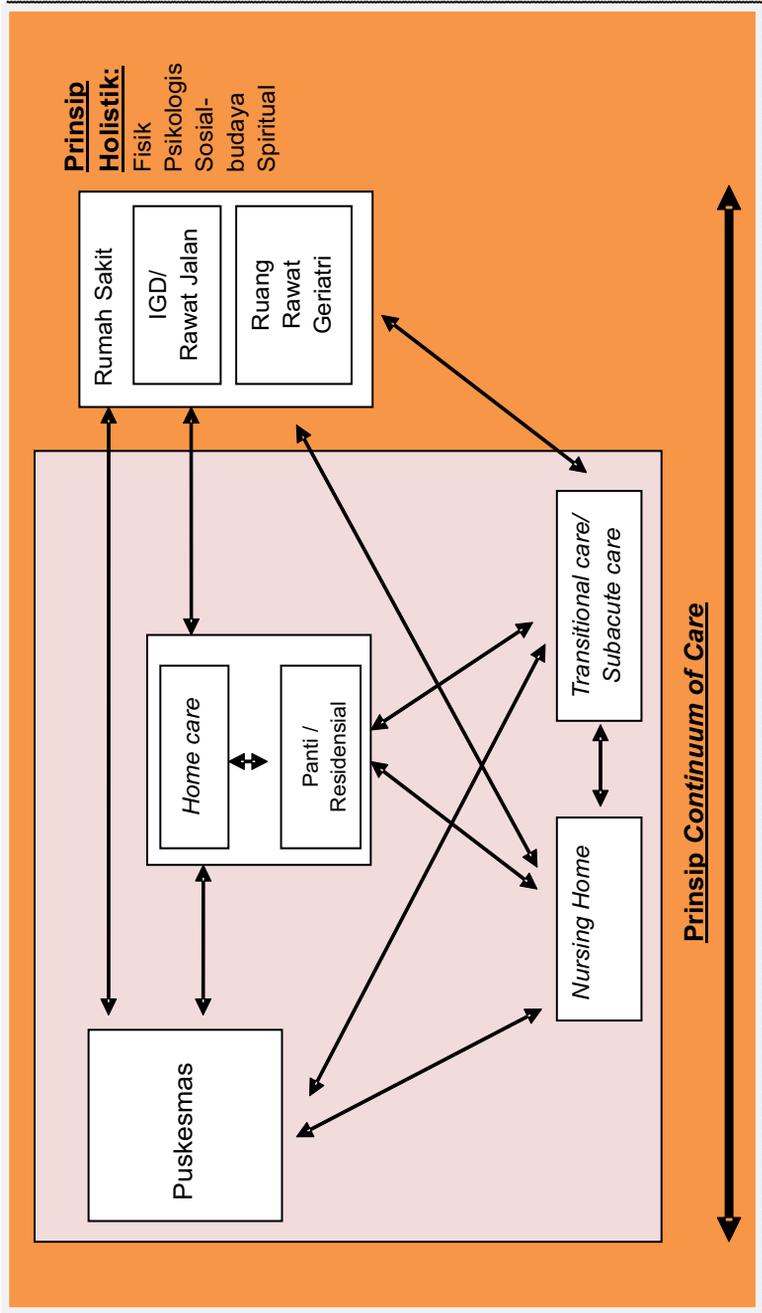
Karena kondisi kronis biasanya tidak bisa disembuhkan, maka harus dikelola dengan baik. Kondisi kronis yang tidak dikelola dengan baik sering mengakibatkan komplikasi berat. Komplikasi dapat dicegah atau ditunda melalui obat-obat yang tepat, gizi yang cukup, diet terapeutik, intake cairan, ambulasi, vaksinasi (seperti: vaksinasi pneumonia dan influenza), dan perawatan dasar yang terkoordinasi dengan baik. Oleh karena itu, pemantauan yang terus menerus, intervensi tepat waktu, dan keputusan rujuk, sangat penting agar tidak terjadi komplikasi.



### c. Rawat inap bila diperlukan

Lansia dalam PJP mungkin mengalami episode akut seperti pneumonia, patah tulang, atau stroke sehingga memerlukan perawatan di rumah sakit. Jika dibandingkan dengan kelompok usia muda dengan kondisi medis yang sama, kelompok lansia lebih banyak membutuhkan perawatan di rumah sakit daripada orang-orang di kelompok usia muda yang mungkin hanya memerlukan rawat jalan.





Gambar 2. Prinsip Holistik dan Continuum of Care dalam PJP





# BAB III

## PELAKSANAAN PERAWATAN JANGKA PANJANG BAGI LANJUT USIA

Pada BAB ini akan dijelaskan tentang mekanisme pelaksanaan Perawatan Jangka Panjang (PJP) yang meliputi manajemen pelaksanaan PJP di tingkat Puskesmas dan manajemen PJP yang berfokus pada kebutuhan klien lansia di tingkat individu.

### A. PELAKSANAAN PJP DI TINGKAT PUSKESMAS

#### 1. Perencanaan

Dalam melakukan PJP, maka petugas Puskesmas perlu melakukan beberapa tahap kegiatan, meliputi:

##### a. Pengumpulan data dasar

Pengumpulan data dasar penting dilakukan untuk menentukan masalah, tujuan dan cara mencapai tujuan atau kegiatan yang akan direncanakan. Data yang dikumpulkan bisa dalam bentuk data primer maupun data sekunder dan dapat diperoleh dari kegiatan survei mandiri (*community self survey*) yaitu kegiatan pengumpulan data, wawancara dan pengamatan. Dalam proses pengumpulan data dasar, dapat melibatkan masyarakat.

Data yang dikumpulkan mencakup: data geografi, demografi, data kondisi kesehatan lansia termasuk



cakupan program (terutama tingkat kemandirian lansia), data sumber daya manusia, serta data sarana dan prasarana.

## b. Bentuk Tim

Penanggung jawab program kesehatan lansia Puskesmas bersama kepala Puskesmas mempersiapkan tim yang akan melakukan PJP dengan melibatkan semua lintas program terkait. Semua anggota tim yang terlibat diharapkan memahami konsep yang ada di pedoman ini. Tim setidaknya terdiri dari: pemegang program lansia, tenaga kesehatan lain (dokter, ahli gizi, bidan, atau perawat kesehatan masyarakat) dan kader. Dalam tim, pemegang program lansia bertindak sebagai ketua (*care manager*) sedangkan tenaga kesehatan lain serta kader posyandu lansia/Posbindu berfungsi sebagai penemu kasus (*case finder*).

- Peran dan fungsi *care manager* adalah sebagai berikut:
  - (1) Komunikasi; mengkomunikasikan masalah, solusi serta alternatif pemecahan masalah yang ada,
  - (2) Koordinasi; mengkoordinir pelaksanaan program,
  - (3) Integrasi; memandang dan melaksanakan program secara terintegrasi;



- (4) Advokasi; melakukan advokasi kepada pihak-pihak yang berkepentingan agar hak-hak lansia terpenuhi
  - (5) Negosiasi; mendiskusikan jika terdapat perbedaan pendapat sehingga dapat mencapai kesepakatan bersama
  - (6) *Empowerment*; memberikan dorongan dan semangat kepada tim.
- Peran dan fungsi case *finder* sebagai berikut: Bertugas mengidentifikasi masalah kesehatan dengan melaksanakan monitoring terhadap perubahan-perubahan yang terjadi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang timbul serta berdampak terhadap status kesehatan lansia melalui kunjungan rumah, pertemuan-pertemuan, observasi dan pengumpulan data.
- c. Identifikasi permasalahan kesehatan lansia  
Pada tahapan ini dilakukan analisa permasalahan utama terkait kesehatan lansia. Tahap ini sangat diperlukan untuk mengidentifikasi kelompok prioritas yang akan diintervensi dalam PJP.
  - d. Identifikasi sasaran. Identifikasi jumlah lansia yang memerlukan PJP dan wahana-wahana penyelenggaraan PJP di wilayah kerja Puskesmas.



- e. Menetapkan sasaran. Sasaran PJP adalah lansia dengan ketergantungan sedang, berat dan total yang ada di rumah maupun di Panti. Wahana penyelenggara PJP di wilayah kerja Puskesmas merupakan sasaran pembinaan dan jejaring kemitraan Puskesmas.

## 2. Pelaksanaan

### a. Sosialisasi dan advokasi PJP

Kegiatan diawali dengan mengadakan pertemuan sosialisasi/advokasi tentang PJP kepada lintas program, lintas sektor, tokoh masyarakat, dan aparat kecamatan/ desa. Tahap selanjutnya adalah sosialisasi terhadap lansia klien PJP dan *caregiver* untuk memberikan informasi awal tentang pengertian, tujuan, dan manfaat PJP, serta peran lintas program, lintas sektor, tokoh masyarakat, dan aparat kecamatan/ desa dalam mendukung pelaksanaan PJP tersebut.

### b. Identifikasi Mitra Kerja dan Membangun Kemitraan

Kegiatan ini untuk mengenali dan menentukan mitra kerja yang dapat diajak bekerjasama dalam PJP melalui identifikasi kegiatan yang dilakukan oleh mitra tersebut. Mitra yang potensial untuk diajak kerjasama antara lain pekerja sosial, Bina Keluarga Lansia, LSM, pihak swasta, Pokja Lansia, Forum Komunikasi Lansia, organisasi



profesi dan kelompok lansia lainnya untuk mengintegrasikan tenaga, sarana, dan tempat pelaksanaan PJP.

c. Sistem Pencatatan dan Pelaporan

Puskesmas melakukan pencatatan berkoordinasi dengan jejaring kemitraan PJP. Hasil pencatatan puskesmas dilaporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota mengikuti periode dan format pencatatan dan pelaporan yang telah ada. Kegiatan PJP termasuk kedalam kegiatan luar gedung. Hal yang perlu dilaporkan berupa jumlah wahana PJP yang ada di wilayah kerja puskesmas dan jumlah lansia yang mendapat pelayanan PJP. Dinas kesehatan kemudian mengirimkan laporan ke tingkat yang lebih tinggi secara berjenjang sesuai dengan sistem yang telah berjalan.

## **B. PELAKSANAAN PERAWATAN JANGKA PANJANG (PJP) DI TINGKAT INDIVIDU**

Setelah sasaran ditentukan di tingkat puskesmas, selanjutnya dilakukan pelayanan PJP yang berfokus pada kebutuhan lansia pada tingkat individu. Petugas kesehatan sebagai pemberi layanan PJP harus melaksanakan beberapa langkah:



## 1. Perencanaan

Pelaksanaan PJP bersifat individual, tergantung kondisi masing-masing klien PJP, sehingga tiap klien memiliki perencanaan masing-masing.

### a. Bentuk Tim

Dalam pelaksanaan PJP, diperlukan tim pelaksana yang dipimpin oleh seorang dokter. Tim terdiri dari dokter (sebagai pemimpin tim), perawat, serta jika memungkinkan, ditambah dengan tenaga gizi dan tenaga terapi fisik. Tim harus dapat berkomunikasi dan berkoordinasi dengan *caregiver* klien PJP.

### b. Pengkajian

PJP diberikan kepada Lansia klien PJP tergantung pada kondisi spesifik klien tersebut secara individual. Hal ini dapat dinilai berdasarkan hasil penilaian pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G) yang dinilai oleh tim yang dipimpin oleh dokter, mencakup status fisik, status fungsional, status mental dan kognitif, status nutrisi hingga status sosial ekonomi dengan memperhatikan faktor-faktor risiko yang dapat memperburuk kondisi klien. Jika klien mengalami kegawatan, kondisi penyakit akut dan kompleks, maka perlu dirujuk ke pelayanan yang lebih lengkap.



### c. Membuat Rencana Kegiatan

Rencana kegiatan dibuat dengan memperhatikan sasaran prioritas sesuai permasalahan, kebutuhan, *caregiver* dan tempat pelaksanaan PJP. Rencana kegiatan berdasarkan tempat pelaksanaan PJP secara garis besar dapat dilihat pada tabel 1 halaman 70. Hal yang perlu diperhatikan meliputi:

- 1) SDM
- 2) Sarana dan Prasarana
- 3) Lingkup pelayanan kesehatan lansia

Pelaksanaan PJP memerlukan keterlibatan *caregiver*, sehingga perlu direncanakan kegiatan-kegiatan pembinaan untuk peningkatan kompetensi dan motivasi bagi para *caregiver*. Selain itu, kegiatan PJP harus melibatkan mitra lintas program dan lintas sektor terkait yang telah diidentifikasi sebelumnya.

## 2. Pelaksanaan

Mekanisme Pelaksanaan PJP bagi lansia dapat beragam, tergantung dimana lansia tersebut tinggal. PJP dapat dilaksanakan di rumah/*home care*, panti/residensial, *nursing home* maupun *transitional care/subacute care*. Pelayanan diberikan oleh tenaga medis, perawat, tenaga kesehatan lain, *caregiver informal* (keluarga, tetangga, kader, relawan) atau *caregiver formal* sesuai dengan kewenangan dan kompetensi masing-masing (lihat BAB III D & E).



Pelaksanaan PJP diberikan berdasarkan hasil pengkajian dan rencana kerja sebelumnya dengan melihat hal-hal berikut:

a. Kebutuhan Lansia,

Kebutuhan lansia sangat bervariasi dan bersifat individual. Jenis pelayanan yang dibutuhkan ditentukan oleh sifat dan kondisi lansia yang bisa didapatkan dari hasil penilaian P3G. Dari hasil P3G, akan didapat informasi yang mencakup:

- 1) Tingkat kemandirian
- 2) Kondisi dan masalah kesehatan
- 3) Kondisi mental dan kognitif
- 4) Status nutrisi dan masalah pemenuhan gizi
- 5) Faktor risiko yang dapat memperburuk kondisi lansia
- 6) Faktor sosial ekonomi
- 7) Kondisi lingkungan
- 8) Dsb.

b. Perubahan kebutuhan lansia dari waktu ke waktu.

Kebutuhan berbagai jenis pelayanan umumnya dapat berubah dari waktu ke waktu. Perubahannya dapat bersifat progresif, dari yang ringan sampai ke yang berat. Perubahan kondisi dan fungsi tubuh, penyakit atau kondisi akut seperti jatuh, serangan jantung atau stroke. Kondisi kesehatan lansia



dapat berubah dengan cepat sehingga memerlukan penyesuaian jenis pelayanan PJP sesuai dengan kebutuhan.

c. Pilihan pribadi lansia.

Pilihan pribadi seseorang juga berperan dalam menentukan tempat pelayanan PJP. Sebagian besar masyarakat Indonesia lebih memilih untuk tinggal di rumah mereka sendiri atau bersama keluarga. Namun demikian, saat ini ketersediaan pelayanan PJP berbasis masyarakat lainnya (antara lain: *panti/residensial*, *transitional care/subacute care*, *nursing home*), juga semakin meningkat.

Memahami ciri khas pelayanan PJP sangat penting. Namun dalam praktik sebenarnya, pelayanan tersebut harus diintegrasikan secara tepat ke dalam paket perawatan total sesuai dengan kebutuhan lansia. Selain itu, PJP juga harus memberikan pelayanan beragam yaitu pelayanan medis dan perawatan, pelayanan kesehatan mental-spiritual, dukungan sosial, pelayanan analisis tempat tinggal, pelayanan hospis-palatif, dan pelayanan *day care*.



## Langkah-langkah pelaksanaan pelayanan PJP di tingkat individu

### 1. Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G)

Setiap lansia pada kunjungan atau kontak pertama dengan petugas kesehatan akan dilakukan Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G) oleh tim yang dipimpin oleh dokter. Dengan P3G, tenaga kesehatan melakukan penilaian menyeluruh terhadap lansia dari aspek biologis, kognitif, psikologis, dan sosial untuk menentukan permasalahan lansia tersebut.

### 2. Pelayanan Medis:

- Membuat diagnosa pada lansia.
- Menentukan terapi sesuai dengan penyakit yang dialami lansia.
- Membuat evaluasi terhadap terapi yang diberikan pada lansia.

### 3. Pelayanan Keperawatan: pelaksanaan asuhan keperawatan

- Melakukan pengkajian kondisi kesehatan dan kebutuhan dasar lansia.
- Merumuskan masalah /diagnosis keperawatan.
- Menentukan rencana tindakan/intervensi keperawatan.



- Melaksanakan tindakan keperawatan langsung (*direct care*) dan tidak langsung (*indirect care*).
- Melaksanakan evaluasi keperawatan.
- Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan.

#### 4. Pelayanan Kesehatan lainnya

- Melakukan assesmen kebutuhan pelayanan kesehatan lainnya seperti gizi, gigi dan mulut, fisioterapi, kulit dan lain-lain.
- Merujuk lansia yang mempunyai kebutuhan pelayanan lainnya ke unit atau tenaga kesehatan lain yang berwenang.

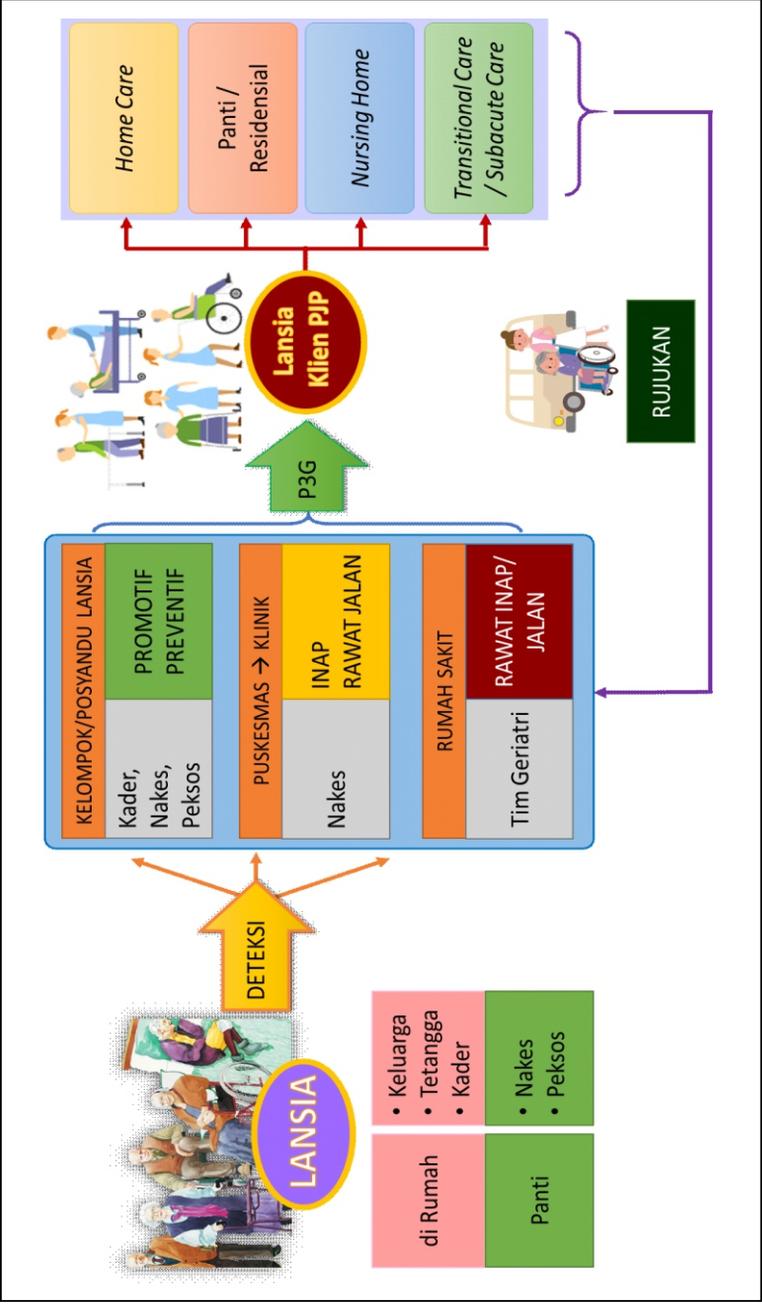
#### 5. Pelayanan Sosial, Mental dan Spiritual

- Melakukan asesmen sederhana kondisi ekonomi, sosial, mental dan spiritual lansia.
- Merujuk Lansia yang mempunyai masalah ke unit atau petugas yang berwenang.

### C. MEKANISME PELAKSANAAN PERAWATAN JANGKA PANJANG (PJP)

Mekanisme pelaksanaan PJP dimulai dari deteksi kebutuhan, deteksi adanya masalah kesehatan, hingga pemberian PJP. Alur dari pelaksanaan PJP lansia serta rujukan balik adalah sebagai berikut:





Gambar 3. Mekanisme Pelayanan Perawatan Jangka Panjang bagi Lansia

Penjaringan lansia klien PJP dapat dilakukan di rumah, panti, puskesmas/klinik, dan di rumah sakit. Berdasarkan tempat tinggal, lansia dapat berada di rumah maupun di panti/residensial. Lansia yang tinggal di rumah biasanya didampingi oleh keluarga, sehingga untuk deteksi kebutuhan lansia dapat dilakukan oleh keluarga. Namun ada beberapa lansia yang tinggal sendiri sehingga memerlukan bantuan orang lain, seperti tetangga atau kader, untuk melakukan deteksi kebutuhan. Sedangkan untuk lansia yang tinggal di panti, deteksi kebutuhannya dilakukan oleh tenaga kesehatan atau pekerja sosial.

Untuk mendapatkan pelayanan promotif dan preventif seperti kontrol masalah kesehatan atau konsultasi sederhana, lansia dapat datang ke posyandu lansia atau kelompok lansia. Pelayanan tersebut diberikan oleh kader dan/atau tenaga kesehatan untuk pelayanan kesehatan, dan/atau tenaga sosial untuk pelayanan sosial. Lansia diharapkan dapat mengikuti kegiatan posyandu lansia di wilayahnya secara rutin sebagai bentuk upaya promotif dan sebagai wadah sosialisasi dengan sesama lansia. Panti dengan jumlah lansia yang memadai, dapat melaksanakan posyandu lansia bekerjasama dengan puskesmas di wilayahnya.

Biasanya, lansia yang masih dapat mengikuti kegiatan posyandu lansia merupakan lansia dengan tingkat kemandirian mandiri atau ketergantungan ringan. Dengan





*residensial, nursing home* atau di RS. Wahana-wahana ini merupakan jejaring bagi puskesmas di wilayah kerjanya. Wahana manapun yang akhirnya dipilih oleh klien, harus diketahui oleh pihak puskesmas sebagai pelaksana PJP dalam bentuk pencatatan dan pelaporan.

Rumah sakit dengan tim geriatri memiliki fungsi pembinaan kepada puskesmas dalam bentuk rujuk balik. Rumah sakit juga harus melakukan pembinaan kepada pemberi perawatan (*caregiver*) jika fase akut sudah diatasi sehingga klien PJP dapat menerima pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi penyakit yang mendasari. Jika dalam perjalanan penyakitnya, kondisi akut sudah dapat diatasi, namun belum dapat dipulangkan, maka lansia dapat dirawat di *transitional care/subacute care* untuk sementara waktu sampai bisa dirawat di rumah/*panti/nursing home* kembali.

Puskesmas berkewajiban melakukan pembinaan kepada posyandu lansia/kelompok lansia atau langsung ke *caregiver* agar dapat melaksanakan pelayanan PJP yang baik. Puskesmas juga harus melakukan pembinaan dan koordinasi yang baik dengan wahana pemberi pelayanan PJP di wilayahnya untuk memastikan pelayanan PJP sesuai dengan regulasi, kompetensi dan kewenangan yang berlaku serta mendapatkan data dan laporan yang diperlukan. Puskesmas senantiasa membina kader posyandu lansia/kelompok lansia serta *caregiver* agar dapat melaksanakan pelayanan PJP yang



baik serta mendeteksi adanya penyimpangan-penyimpangan seperti kekerasan atau penelantaran dalam pelaksanaannya.

#### **D. TEMPAT/WAHANA PELAKSANAAN, LINGKUP PELAYANAN DAN SARANA/PRASARANA PERAWATAN JANGKA PANJANG**

Sesuai dengan uraian pada sub-BAB di atas, tempat pelayanan PJP yang saat ini mulai banyak tersedia di Indonesia, antara lain sebagai berikut:

##### **1. Home care**

###### **a. Deskripsi:**

Merupakan pelayanan pemenuhan kebutuhan sehari-hari yang diberikan oleh *caregiver* kepada klien PJP yang tinggal di rumahnya sendiri/bersama keluarga.

###### **b. Tujuan:**

- Meningkatkan dan mempertahankan kemandirian serta mencegah terjadinya komplikasi,
- Mengajarkan cara mempertahankan kemandirian dan kemampuan dalam melaksanakan kebutuhan sehari-hari,
- Meningkatkan kemandirian keluarga dalam melaksanakan tugas pemeliharaan kesehatan Lansia dalam pemenuhan kebutuhan aktifitas sehari-hari.



c. Sasaran:

Lansia yang mempunyai masalah kesehatan akan tetapi tidak ada indikasi untuk dirawat di rumah sakit dan tidak mampu berobat ke FKTP

d. Gambaran di Indonesia

*Home care* di Indonesia diarahkan menjadi wahana PJP yang utama. Hal ini berdasar pada kondisi budaya Indonesia yang masih mempertahankan model keluarga besar (*extended family*), Dengan demikian lansia lebih merasa nyaman dirawat dan berada diantara keluarganya. Disisi lain, keluarga pun akan lebih nyaman jika orang-tuanya berada dalam asuhan keluarga. Jika dengan beberapa pertimbangan lansia harus dirawat di wahana PJP lain, tetap disarankan untuk akhir hidupnya lansia dapat dikembalikan ke keluarga sehingga dapat menikmati kasih sayang dan kebersamaan dengan keluarganya.





Gambar 4. Tenaga kesehatan memberikan konseling kepada *caregiver* (keluarga)



Gambar 5. Pemeriksaan kesehatan di rumah oleh petugas



Gambar 6. Tenaga kesehatan memberikan informasi tentang mobilisasi lansia (mi-ka, mi-ki) pada *caregiver* (keluarga)



Gambar 7. Pemberian makan dengan menggunakan sonde oleh *caregiver* (keluarga)

## 2. *Panti/Residensial*

### a. Deskripsi:

Merupakan fasilitas pelayanan yang menyediakan tempat tinggal dengan tambahan pelayanan lingkungan yang mendukung, pemberian obat harian dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

### b. Tujuan:

- Meningkatkan atau mempertahankan kemandirian klien dan mencegah terjadinya komplikasi.
- Mengajarkan cara mempertahankan kemandirian dan kemampuan klien dalam melaksanakan kebutuhan sehari-hari.

### c. Sasaran:

- Lansia dengan kapasitas fungsional terganggu sedang, berat atau total yang mempunyai masalah kesehatan dan tidak ada indikasi untuk dirawat di Rumah Sakit.
- Lansia terlantar dengan kapasitas fungsional terganggu sedang, berat atau total yang mempunyai masalah kesehatan dan tidak ada indikasi untuk dirawat di Rumah Sakit.

### d. Gambaran di Indonesia

Panti di Indonesia saat ini masih identik dengan panti sosial tresna wredha (PSTW), Lansia yang dirawat di PSTW mayoritas adalah lansia yang miskin/



prasejahtera. Namun dalam kenyataannya, terdapat sebagian lansia yang tergolong mampu secara ekonomi yang memilih hidup di panti/residensial secara sukarela. Alasan paling umum adalah agar tidak menjadi beban keluarga serta dapat beraktivitas dan bersosialisasi sesama lansia. Fenomena ini berkembang karena banyak lansia yang tinggal bersama keluarga, merasa kesepian ketika anaknya bekerja dan cucunya bersekolah. Hal ini kemudian menjadi peluang bagi pihak swasta sehingga banyak bermunculan panti-panti lansia yang memiliki fasilitas kenyamanan sesuai kemampuan klien. Keluarga dapat berkunjung sesuai keinginan dan kebutuhan. Pada tahap akhir kehidupannya, lansia di panti yang masih memiliki keluarga sebaiknya dikembalikan ke keluarga sehingga dapat menikmati kasih sayang dan kebersamaan dengan keluarga.





Gambar 8. Perawatan kebersihan gigi dan mulut oleh petugas kesehatan di panti



Gambar 9.  
Menciptakan kondisi lingkungan ramah lansia di panti/residensial









Gambar 13. Kegiatan *sharing* pengalaman dalam rangka terapi berkelompok



Gambar 14. Kegiatan olah emosional berupa “curhat” lansia sebagai bagian dari pemenuhan kesehatan mental spiritual bagi klien PJP

#### 4. *Nursing home*

##### a. Deskripsi:

Merupakan fasilitas pelayanan khusus yang menyediakan pelayanan medis dan perawatan profesional serta pemenuhan kebutuhan sehari-hari dalam lingkungan tempat tinggal yang dibuat nyaman dan menyerupai suasana rumah.

##### b. Tujuan:

- Memberikan pelayanan keperawatan dan sosial serta penyediaan bantuan pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
- Memberikan pelayanan medis jika diperlukan melalui kunjungan tenaga medis maupun rujukan ke pelayanan yang lebih komprehensif.

##### c. Sasaran:

Lansia yang mempunyai masalah kesehatan pascaratap inap dan tidak ada indikasi untuk dirawat di rumah sakit tapi belum bisa dirawat di rumah, dan lansia yang memiliki kondisi tertentu sehingga membutuhkan perawatan profesional dalam waktu yang lama.

##### d. Gambaran di Indonesia

*Nursing home* di Indonesia saat ini semakin berkembang, lebih banyak diselenggarakan oleh pihak swasta. Lansia yang sudah ketergantungan



berat hingga total dan memerlukan perawatan profesional sepanjang hidupnya dapat disarankan tinggal di *nursing home*. Pada stadium terminal, lansia di *nursing home* yang masih memiliki keluarga sebaiknya dikembalikan ke keluarga sehingga dapat menikmati kasih sayang dan kebersamaan dengan keluarga.



Gambar 15. Petugas kesehatan memberikan pemenuhan kebutuhan oksigen dan nutrisi di *nursing home*



Gambar 16. Kegiatan olah sosial di *nursing home* (karaoke, silaturahmi, mengembangkan hobi, dll)



Gambar 17. Kegiatan olah fisik (senam, latihan gerak) di *nursing home*



Gambar 18. Kegiatan olah spiritual (pengajian/kebaktian, ibadah) di *nursing home*



Gambar 19. Terapi modalitas dan komplementer (pengembangan hobi dan aktifitas berkelompok) di *nursing home*



Gambar 20. Kegiatan terapi okupasi di *nursing home*



Tabel 1. Lingkup, Pelaksana, Sarana dan Prasarana PJP berdasarkan Tempat Pelayanan

No	Tempat Pelayanan	Lingkup Pelayanan	Pelaksana	Sarana dan Prasarana
1	Home care	<p><b>a. Pelayanan medis dan keperawatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kebersihan diri,</li> <li>- Berpakaian,</li> <li>- BAB dan BAK,</li> <li>- Memberi makan per oral atau sonde,</li> <li>- Berpindah,</li> <li>- Olah fisik (senam, latihan gerak),</li> <li>- Latihan berkemih dan otot dasar panggul,</li> <li>- Penanganan risiko jatuh,</li> <li>- Skrining: malnutrisi, penurunan penglihatan dan pendengaran, depresi, dll,</li> <li>- Pemberian obat,</li> <li>- Konseling diet,</li> <li>- Terapi fisik,</li> <li>- Terapi okupasi,</li> <li>- Terapi wicara,</li> </ul> <p><b>b. Pelayanan kesehatan mental-spiritual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Olah Intelektual/stimulasi kognitif (permainan asah otak, membaca)</li> <li>- Olah Emosional (curhat, hobi),</li> <li>- Olah Spiritual (motivasi, ibadah)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga/tetangga/relawan/kader</li> <li>(<i>caregiver</i> informal),</li> <li>• <i>Caregiver</i> formal,</li> <li>• Petugas Puskesmas (<i>home visit</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buku Kesehatan Lansia</li> <li>- Pedoman Perawatan dirumah bagi keluarga</li> <li>- Fasilitas/sarana lingkungan rumah yang ramah lansia</li> <li>- Peralatan kebersihan diri</li> <li>- Alat penunjang perawatan sederhana (komod, tongkat, kursi roda, dll)</li> <li>- Alat penunjang tindakan medis sederhana (timbangan badan, tensimeter, termometer, pemeriksaan gula darah, kolesterol, dll)</li> <li>- Kit Lansia/ Kit Posbindu (perlengkapan petugas Puskesmas)</li> </ul>

		<p><b>c. Dukungan sosial.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantuan permakaman,</li> <li>- Bantuan sosial lainnya</li> </ul> <p><b>d. Pelayanan analisis tempat tinggal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyajian lingkungan yang ramah lansia,</li> <li>- Penyajian alat-alat bantu</li> </ul> <p><b>e. Pelayanan hospis dan paliatif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengurangan rasa tidak nyaman (mual, nyeri),</li> <li>- Program end of life</li> </ul>		
	<i>Panti/Residensial</i>	<p><b>a. Pelayanan medis dan keperawatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kebersihan diri,</li> <li>- Berpakaian,</li> <li>- BAB dan BAK,</li> <li>- Memberi makan per oral atau sonde,</li> <li>- Berpindah,</li> <li>- Olah fisik (senam, latihan gerak),</li> <li>- Penanganan risiko jatuh,</li> <li>- Skrining: malnutrisi, penurunan penglihatan dan pendengaran, depresi, dll,</li> <li>- Latihan berkemih dan otot dasar panggul,</li> <li>- Perawatan kateterisasi</li> <li>- Pemberian obat,</li> <li>- Konseling diet,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter umum,</li> <li>• Perawat,</li> <li>• Pekerja sosial,</li> <li>• Caregiver formal</li> <li>• Caregiver informal (relawan)</li> <li>• Asisten ahli gizi</li> <li>• Petugas Puskesmas (supervisi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buku Kesehatan Lansia</li> <li>- Pedoman Perawatan di panti</li> <li>- Fasilitas/sarana lingkungan rumah yang ramah lansia</li> <li>- Alat penunjang perawatan sederhana (komod, tongkat, kursi roda, dll)</li> </ul>





	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapi fisik,</li> <li>- Terapi okupasi,</li> <li>- Terapi wicara,</li> <li>- Podiatri (Perawatan kaki)</li> <li>- Perawatan gigi</li> <li>- Pemeriksaan Kesehatan</li> <li>- Konseling kesehatan</li> </ul> <p><b>b. Pelayanan kesehatan mental-spiritual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Olah Intelektual/stimulasi kognitif (permainan asah otak, membaca)</li> <li>- Olah Spiritual (pengajian/kebaktian/ibadah lainnya, motivasi)</li> <li>- Olah Emosional (curhat, hobi)</li> <li>- Manajemen Depresi</li> <li>- Terapi orientasi</li> </ul> <p><b>c. Dukungan sosial.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Olah Sosial (silaturahmi, gathering)</li> <li>- Terapi modalitas dan komplementar (senam, latihan gerak, terapi rekreasi, terapi aktifitas berkelompok),</li> </ul> <p><b>d. Pelayanan analisis tempat tinggal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyiapan lingkungan yang ramah lansia</li> <li>- Penyiapan alat-alat bantu</li> </ul> <p><b>e. Pelayanan hospis dan paliatif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengurangan rasa tidak nyaman (mual, nyeri)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alat penunjang tindakan medis sederhana (timbangan, tensimeter, termometer, pemeriksaan gula darah, kolesterol, dll)</li> <li>- Dapur umum</li> <li>- Kit Lansia/ Kit Posbindu (perlengkapan petugas Puskesmas)</li> <li>- Obat-obat dasar</li> <li>- Ruang pemeriksaan (klinik) dan peralatannya</li> <li>- Ruang perawatan sementara (untuk lansia sakit)</li> </ul>
--	--	--	---



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olah Spiritual (motivasi, ibadah)</li> <li>- Olah Emosional (curhat, hobi)</li> <li>- Manajemen Depresi</li> </ul> <p><b>c. Dukungan sosial.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Latihan/Terapi Berkelompok</li> </ul> <p><b>d. Pelayan analis tempat tinggal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyajian lingkungan yang ramah lansia</li> <li>- Penyediaan alat-alat bantu</li> </ul>		
4	Nursing home	<p><b>a. Pelayan medis dan keperawatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kebersihan diri,</li> <li>- Berpakaian,</li> <li>- BAB dan BAK,</li> <li>- Memberi makan per oral atau sonde,</li> <li>- Olah fisik (senam, latihan gerak),</li> <li>- Penanganan risiko jatuh,</li> <li>- Skrining: malnutrisi, penurunan penglihatan dan pendengaran, depresi, dll,</li> <li>- Latihan berkemih dan otot dasar panggul,</li> <li>- Perawatan kateterisasi</li> <li>- Pemberian obat,</li> <li>- Konseling diet,</li> <li>- Terapi fisik,</li> <li>- Pemeriksaan Kesehatan</li> <li>- Perawatan luka,</li> <li>- Perawatan stoma</li> <li>- Fisioterapi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawat terlatih,</li> <li>• Pekerja sosial,</li> <li>• Caregiver formal</li> <li>• Caregiver informal (relawan)</li> <li>• Fisioterapis</li> <li>• Terapis wicara</li> <li>• Terapis okupasi</li> <li>• Ahli gizi</li> <li>• Dokter umum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buku Kesehatan Lansia</li> <li>- Pedoman Perawatan di nursing home</li> <li>- Alat penunjang perawatan (komod, tongkat, kursi roda, kasur anti-decubitus, dll)</li> <li>- Alat penunjang tindakan medis (timbangan, tensimeter, termometer, sonde, urin kateter set, pemeriksaan gula darah, kolesterol, set ganti balutan,</li> </ul>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapi wicara,</li> <li>- Terapi okupasi,</li> <li>- Pemberian cairan/ nutrisi/ terapi parenteral</li> <li>- <i>Caregiver</i> support</li> </ul> <p><b>b. Pelayanan kesehatan mental-spiritual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Olah Intelektual/ Stimulasi Kognitif (permainan asah otak, membaca)</li> <li>- Olah Spiritual (pengajian/kebaktian, ibadah lainnya)</li> <li>- Olah Emosional (curhat, hobi)</li> <li>- Manajemen Depresi</li> <li>- Terapi orientasi</li> </ul> <p><b>c. Dukungan sosial.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Olah Sosial (silaturahmi, gathering)</li> <li>- Terapi modalitas dan komplementar (senam, latihan gerak, terapi rekreasi, terapi aktifitas berkelompok),</li> </ul> <p><b>d. Pelayanan analisis tempat tinggal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyiapan lingkungan yang ramah lansia</li> <li>- Penyiapan alat-alat bantu</li> </ul> <p><b>e. Pelayanan hospis dan paliatif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengurangan rasa tidak nyaman (mual, nyeri)</li> <li>- Program end of life</li> </ul> <p><b>f. Pelayanan asuhan siang (<i>day care</i>)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Petugas Puskesmas (supervisi)</li> </ul>	<p>emergency kit,  oksigenisasi set, infus set, dll)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obat-obatan</li> <li>- Ruang perawatan</li> <li>- Ruang perawatan isolasi</li> </ul>
--	--	--	---	---	--



## E. KOMPETENSI PELAKSANA PERAWATAN JANGKA PANJANG (PJP)

### 1. Kompetensi Dokter (dengan STR)

- a. Profesionalitas yang Luhur
- b. Mawas Diri dan Pengembangan Diri
- c. Komunikasi efektif
- d. Landasan ilmiah ilmu kedokteran
- e. Pengelolaan informasi
- f. Ketrampilan klinis
  - 1) Mampu melakukan prosedur klinis
  - 2) Melakukan prosedur diagnosis
  - 3) Melakukan prosedur penatalaksanaan masalah kesehatan secara holistik dan komprehensif
  - 4) Pengelolaan masalah kesehatan
- g. Merujuk klien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai
- h. Mampu membina *caregiver*

### 2. Kompetensi Perawat (STR dan pelatihan keperawatan gerontik)

- a. Menerapkan prinsip etika dalam keperawatan
- b. Melakukan komunikasi interpersonal dalam asuhan keperawatan
- c. Mewujudkan dan memelihara lingkungan keperawatan yang aman melalui jaminan kualitas dan manajemen risiko (*patient safety*)



- d. Menerapkan prinsip pengendalian dan pencegahan infeksi yang diperoleh dari RS
- e. Memberikan asuhan keperawatan pada pasien lansia secara komprehensif
- f. Merujuk klien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai
- g. Membina *caregiver*

### 3. Kompetensi tenaga kesehatan lainnya (STR dan pelatihan)

- a. Gizi
  - 1) Menilai status gizi individu
  - 2) Mengelola pemantauan asupan makanan dan gizi klien
  - 3) Merujuk klien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai
  - 4) Membina *caregiver* dalam pelayanan gizi dalam PJP pada lansia
- b. Fisioterapis
  - 1) Mampu melakukan asuhan fisioterapis
  - 2) Merujuk klien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai
  - 3) Membina *caregiver*

### 4. Kompetensi *caregiver*

- a. Mampu membantu pemenuhan kebutuhan sehari-hari (ADL/IADL)



- b. Mengenali dan melaporkan lansia yang mengalami kekerasan, abuse dan kecelakaan
- c. Memberikan kenyamanan psikologis lansia
- d. Melakukan latihan/rehabilitasi sederhana
- e. Membantu terpenuhinya kebutuhan spiritual dan psikologis
- f. Mencari pertolongan jika terjadi kondisi gawat darurat
- g. Mendorong kemandirian lansia

## E. PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pembinaan PJP bertujuan untuk menjamin terselenggaranya dan terjaganya mutu pelayanan PJP bagi lansia. Pembinaan dapat dilaksanakan secara berjenjang dengan melibatkan lintas program dan sektor terkait. Pembinaan dapat diberikan dalam bentuk:

- (1) pelatihan ulang;
- (2) pendampingan;
- (3) supervisi teknis, non teknis serta manajemen.

Pengawasan dilakukan untuk memastikan dan menjamin bahwa tujuan dan kegiatan terlaksana sesuai dengan rencana, kebijakan dan peraturan perundangan yang berlaku. Pengawasan ditujukan untuk menjamin penyelenggaraan pelayanan PJP yang konsisten dan dilakukan secara intensif, baik internal maupun eksternal serta dapat melibatkan masyarakat dan swasta sesuai dengan peraturan dan



ketentuan yang berlaku. Pengawasan dilakukan secara berjenjang sesuai dengan kewenangan masing-masing. Hasil pengawasan digunakan untuk perlindungan terhadap masyarakat dan tenaga kesehatan selaku penyelenggara PJP.

Puskesmas wajib melakukan pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan PJP bagi lansia secara berkesinambungan, Pembinaan internal dilaksanakan oleh Puskesmas untuk memastikan bahwa petugas yang bertanggung jawab mempunyai kapasitas dan melaksanakan pelayanan dengan baik dan benar sesuai dengan SOP yang berlaku. Pembinaan eksternal dilakukan oleh Puskesmas kepada wahana pelayanan PJP (termasuk pelaku/pemberi pelayanan di masing-masing wahana PJP) yang berada di wilayah kerjanya untuk memastikan bahwa pelayanan PJP diberikan oleh institusi yang dibinanya telah dilaksanakan dengan benar sesuai peraturan dan ketentuan yang berlaku.

Penilaian dalam PJP dilakukan baik oleh puskesmas dalam kapasitas manajemen maupun oleh petugas kesehatan dalam kapasitas sebagai pelaksana pelayanan PJP. Kegiatan ini merupakan tahap penilaian dalam melaksanakan rencana tindakan yang telah ditentukan, sehingga dapat diketahui tingkat keberhasilan dari proses pelayanan PJP.

Tahap penilaian atau evaluasi adalah tahap akhir dari proses PJP. Penilaian dilakukan dengan membandingkan



kualitas pelayanan PJP di masyarakat dan kondisi lansia terlayani dengan ketercapaian tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi dilaksanakan secara berkesinambungan dengan melibatkan pengelola layanan PJP, tenaga kesehatan, keluarga, *caregiver*, lansia serta pihak lainnya yang terlibat.

Beberapa perangkat penilaian dapat dipergunakan untuk melihat keberhasilan dalam pelayanan PJP secara individual. Perangkat penilaian yang digunakan untuk mengevaluasi keberhasilan manajemen pelayanan PJP di tingkat puskesmas dapat dibuat format sesuai dengan komponen perencanaan dan dibandingkan dengan kondisi yang dicapai. Sedangkan untuk pelayanan PJP secara individual, dapat digunakan format yang membandingkan antara perencanaan dan kondisi yang dicapai dengan mengacu pada instrumen P3G.





Gambar 21. Skema peran puskesmas dalam pembinaan dan pengawasan PJP





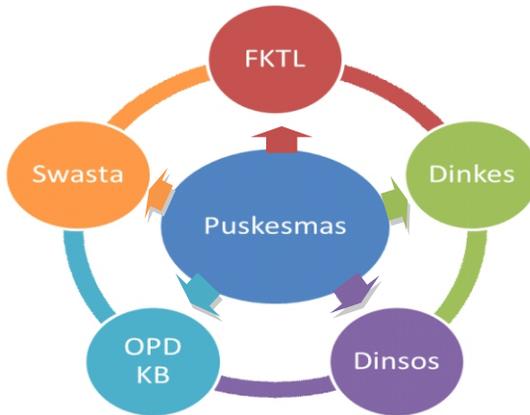


## BAB IV JEJARING KEMITRAAN DAN PEMBIAYAAN

### A. JEJARING

Untuk memenuhi aspek kesehatan fisik, mental dan sosial serta 10 elemen penting yang akan menjamin keberhasilan pelayanan kesehatan dalam PJP, maka dibutuhkan jejaring lintas sektor yang saling mendukung sesuai dengan kewenangan masing-masing sektor. Jejaring di tingkat puskesmas:

1. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL)
2. Dinas kesehatan
3. Dinas sosial
4. Organisasi Perangkat Daerah (OPD) Keluarga Berencana (KB)
5. Wahana PJP yang diselenggarakan pihak swasta



Gambar 22. Jejaring Perawatan Jangka Panjang di tingkat Puskesmas



Di tingkat puskesmas, jejaring dan koordinasi perlu dibangun dengan pihak-pihak yang langsung berinteraksi dengan puskesmas sesuai kewenangannya seperti diuraikan pada matriks tugas dan tanggung jawab di bawah ini.

Di tingkat provinsi dan kabupaten, jejaring serupa dilakukan antar Organisasi Perangkat Daerah (OPD) yang merupakan perpanjangan tangan dari kementerian dan lembaga yang bertanggung jawab dalam pelayanan PJP misalnya OPD KB.

Di tingkat pelaksana, perlu koordinasi antara petugas pelaksana dengan pekerja sosial dari dinas sosial tingkat kecamatan dan petugas Bina Keluarga Lansia dalam memberikan pelayanan PJP. Petugas sosial menangani masalah sosial dalam pelayanan PJP. Sedangkan petugas Bina Keluarga Lansia bertugas meningkatkan keterampilan keluarga lansia.

## B. TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB

No	Pelaksana	Tugas dan Tanggungjawab
1	Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan	<ol style="list-style-type: none"><li>Menyediakan pelayanan kesehatan bagi pasien geriatri</li><li>Melatih keluarga dalam perawatan sehari-hari dan rehabilitasi sederhana</li><li>Melakukan koordinasi dengan pihak Puskesmas dan wahana PJP yang terkait.</li></ol>



2	Dinas Kesehatan	a. Pembinaan terhadap Puskesmas dalam pelaksanaan program kesehatan lansia termasuk program PJP
		<p>b. Monitoring dan evaluasi pelayanan PJP di Puskesmas di wilayah kerjanya</p> <p>c. Melakukan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan PJP di wilayah kerja Puskesmas dan melaporkan kepada tingkat yang lebih tinggi</p> <p>d. Melakukan koordinasi dengan instansi lain dalam penyelenggaraan PJP bagi lansia.</p>
3	Dinas Sosial	<p>a. Melatih pekerja sosial dalam perawatan jangka panjang bagi lansia</p> <p>b. Memberikan bantuan pemenuhan kebutuhan sosial bagi Lansia penerima program perawatan jangka panjang</p> <p>c. Melakukan koordinasi dengan pihak Puskesmas dan instansi lain dalam hal pelayanan PJP bagi lansia.</p>
4	Organisasi Perangkat Daerah (OPD) Keluarga Berencana (KB)	<p>a. Pendampingan pelaksanaan perawatan jangka panjang bagi keluarga lansia oleh kader BKL</p> <p>b. Memberikan pelatihan kepada Kader dan anggota BKL tentang Perawatan Jangka Panjang</p> <p>c. Melakukan koordinasi dengan pihak Puskesmas dan instansi lain dalam hal pelayanan PJP bagi lansia</p>



5	Wahana PJP yang diselenggarakan pihak swasta	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyediakan pelayanan PJP sesuai dengan regulasi yang berlaku</li> <li>b. Melakukan pelatihan <i>caregiver</i></li> <li>c. Memberikan penguatan dan support pada Lansia dan keluarga</li> <li>d. Melakukan monev status kesehatan Lansia</li> <li>e. Melakukan rujukan</li> <li>f. Melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai ketentuan</li> </ul>
---	--	---

### C. PEMBIAYAAN

Penatalaksanaan gangguan kesehatan pada lansia memerlukan pembiayaan. Karenanya, penting bagi lansia untuk memiliki jaminan kesehatan. Pembiayaan kesehatan bersumber dari berbagai sumber, yakni: pemerintah, pemerintah daerah, swasta, organisasi masyarakat, dan masyarakat itu sendiri. Pembiayaan kesehatan yang adekuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan memegang peran yang vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan.

Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat merupakan barang publik (*public good*) yang menjadi tanggung jawab pemerintah. Sedangkan untuk pelayanan kesehatan perorangan pembiayaannya bersifat privat. Untuk



masyarakat miskin dan tidak mampu, pembiayaan kesehatan menjadi tanggung jawab pemerintah. Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan diselenggarakan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan dengan mekanisme asuransi sosial.

Profil Statistik Kesehatan 2016 menunjukkan bahwa lebih dari separuh (59,03 %) penduduk lansia memiliki jaminan kesehatan. Jenis jaminan kesehatan yang berlaku di Indonesia bermacam-macam. Sebanyak 23,31 % penduduk lansia memiliki Jamkesmas/ PBI (Penerima Bantuan Iuran) sebagai jaminan kesehatannya. Jaminan kesehatan lainnya yang dimiliki oleh lansia adalah BPJS Kesehatan, Jamkesda, Askes / Asabri / Jamsostek, BPJS Ketenagakerjaan, asuransi swasta, dan jaminan kesehatan dari perusahaan/ kantor.

Sistem pembiayaan pada PJP pada dasarnya sama dengan pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan lainnya yaitu melalui asuransi swasta atau pemerintah dengan BPJS (PBI dan Non PBI). Namun saat ini masih banyak komponen pelayanan PJP yang belum dapat dibayarkan oleh BPJS atau jaminan kesehatan lainnya. Karenanya komponen tersebut harus dibayarkan melalui cara lain, misalnya bantuan yang tidak mengikat, donatur atau dari kantong sendiri/*out of pocket*.





## BAB VI

### PENUTUP

Indonesia, sebagai negara dengan jumlah penduduk terbesar keempat, memiliki penduduk lansia terbesar kedelapan. Peningkatan populasi penduduk lansia disebabkan oleh umur harapan hidup (UHH) di Indonesia semakin tinggi. Pada tahun 2020, jumlah penduduk lansia diperkirakan akan meningkat menjadi 27,09 juta (9,99% dari total penduduk), sedangkan populasi balita secara bertahap akan berkurang jumlahnya. Pada tahun 2050 diperkirakan jumlah usia 60+ akan sekitar 60 juta.

Peningkatan jumlah populasi lansia ini memiliki konsekuensi terhadap penyediaan pelayanan yang dibutuhkan dalam hal ini sesuai karakteristik lansia yang cenderung multi patologi dan meningkatnya angka disabilitas pada lansia. Litbangkes (2014) menunjukkan bahwa lansia yang sehat tanpa penyakit sebesar 13%, satu penyakit 34,6%, dua penyakit 28%, tiga penyakit 14,6%, empat penyakit 6,2%, lima penyakit 2,3%, enam penyakit 0,8%, dan lebih dari 6 penyakit 0,3%. Sedangkan berdasarkan data Riskesdas (2013), lansia yang mengalami disabilitas pada umur 55-64 tahun sebesar 18,6% dan meningkat menjadi 34,5% pada usia 65-74 tahun dan umur 75 tahun menjadi 55,9%. Berdasarkan ke dua kondisi tersebut, tingkat kemandirian penduduk lansia dengan kriteria ketergantungan sedang-berat dan total, merupakan indikasi diperlukannya pelayanan PJP.





## REFERENSI

1. *Agostoni et al (2010) Comprehensive Nursing Assessment in the Care of Older People. Gerontological Care and Practice Journal. Vol 20, No. 1. Februari 2008*
2. *Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador, 2013. Registered Nurse roles in Long Term Use.*
3. *Badan Pusat Statistik 2016, Profil Statistik Kesehatan 2016*
4. *Badan Pusat Statistik 2016. Profil Penduduk Indonesia, Hasil Supas 2015.*
5. *Center of Ageing Studyes of Indonesia, 2015. Pedoman Pengembangan Pelayanan Perawatan Jangka Panjang dan Sistem Rujukan Bagi Lansia di Kabupaten/Kota.*
6. *Eileen M. Sullivan-Marx, PhD, CRNP, FAAN, RN; Deanna Gray-Miceli, DNSc, APRN, F., 2008. Leadership and Management Skill for Long-Term Care. Springer Publishing Company, LLC.*
7. *European Partnership for the Wellbeing and Dignity of Older People (WEDO), 2012. European Quallity Framework for long-term care service.*
8. *Fleshner, I. et al., The Practice of Nursing in Long Term Care: Challengers and Opportunities.*
9. *Froggatt, K. et al., 2013. Palliative Care in Long - Term Care Setting for Older People EAPC Taskforce 2010-2012.*



10. *Health System Financing Division, Government Price and Product Benefits Section Health System Financing Division, G.P. and P.B.S., 2013. HAAD Standard for Provising of Long Term Care in Healthcare facilities in the Emirate of Abu Dhabi., pp.1-11*
11. *Join Commission International, 2012. Joint Commisssion International Accreditation Standards for Long Term Care 1 st Edition*
12. *Mary F. Harahan and Robyn I. Stone. Institute for the Future of Aging Services, A. 2009. Defining Core Competencies for the Professional Long-Term Care Workforce: A. Status Report and Next Steps Commissioned by the AAHS Talent Cabinet.*
13. Kementerian kesehatan RI, 2014: Permenkes RI Nomor 79 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Geriatri di Rumah Sakit.
14. Kementerian Kesehatan RI, 2015. Permenkes RI Nomor 67 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas.
15. Kementerian Kesehatan RI, 2016. Modul Pelatihan Pelayanan Kesehatan Lansia dan Geriatri bagi Tenaga Kesehatan Puskesmas
16. Kementerian Kesehatan RI, 2016. Permenkes RI Nomor 25 Tahun 2016 tentang Rencana Aksi Kesehatan Lanjut Usia Tahun 2016-2019.



17. Kementerian Kesehatan RI - Badan Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan, 2017. Pedoman Pendayagunaan *Caregiver* (draft)
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 376/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Fisioterapi
19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Gizi
20. Konsil Kedokteran Indonesia, 2012; Standar Kompetensi Dokter Indonesia
21. Monies, J.C. (2010). *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice, 4<sup>th</sup> Edition, Springer Publishing Co. LCC.*
22. Miller, C.A. (2015). *Nursing for Wellness in Older Adult. 8<sup>th</sup> edition. Lippincot Wiliams & Wilkins, Philadelpia.*
23. Morris, L. and Davies, K. (2010) *Interventions to Reduce Hospital Readmissions in the Elderly: in-Hospital or Home Care: A Systematic Review. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17: 1167-1175.*
24. NANDA (1990). *Conceptual models for nursing practice. (2nd ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.*
25. Shin et al. (2015) *Effectiveness of Geriatric Evaluation and Care. One Year Result of a Multicenter RCT. Aging (Milano). 13 (5): 1537-1544.*
26. Siti Setiati, 2014.



27. PPNI, AIPNI, AIPDiki, 2012 Standard Kompetensi Perawat Indonesia
28. WHO 2016, *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Healthy*
29. *United Nation Population and Fund/UNFPA. (2014). Executive Summary: Aging in the Twenty-First Century: A. Celebration and A Challenge. UNFPA and Help Age International, London.*
30. *United Nation. 2017. UN World Population Prospect the 2017 Revision*
31. *World Health Organization. (2014). International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization.*
32. *World Bank (2010). Usia Harapan Hidup Negara di Dunia Menurut World Bank. Diunduh dari <http://gusschool.files.wordpress.com> pada tanggal 2 januari 2016.*
33. *Yura, H. and Walsh, MB. (1983). The Nursing Process: Assessing, planning, implementing, evaluation, ed. 4, Norwalk, Conn, Appleton - Century - Crofts.*



## KONTRIBUTOR TIM PENYUSUN

dr. Kirana Pritasari, MQIH (Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat), dr. Eni Gustina, MPH (Direktur Kesehatan Keluarga); Nurlina Supartini, S.Kp, MPH (Subdit Kesehatan Lanjut Usia); Prof. Dr. dr. Siti Setiati, SpPD KGER M.Epid (PERGEMI FK UI RSCM), dr Edy Rizal W Sp.PD K.GER (FKUI RSCM), dr. Arya Govinda Roosheroeh Sp.PD K Ger (PERGEMI RSCM), dr Wanarani Alwin Sp.KFR-K (FKUI RSCM), Dr.dr. Martina Wiwie SpKJ (K) (FKUI RSCM), Prof. Tri Budi W Rahardjo (CAS UI), dr. Hernani Djarir MPH (CAS UI), dr. Asvirety MPH (CAS UI), dr. Lily Indriani Oktovia, MT, M.Gizi, Sp.GK (Ilmu Gizi FKUI), Shantha Silaswati, SKp, MSc (PPNI), Prof Toening Adiotomo (UI Depok), Wahyuni Khaulah, SKM, M.Kes (Subdit Kesehatan Lanjut Usia), dr. Wira Hartiti, M.Epid (Subdit Kesehatan Lanjut Usia), Bambang Tri Wahono.S.Kep, MPH (Direktorat Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA), drg. Made Muryani T, MA (Pusrengun BPPSDMK), Marlina Rully W (Direktorat Gizi Masyarakat), Farida Trihartini (Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan), drg. Noor Setyawati, MM (Direktorat Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA), dr. Rosa Estetika (Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan), dr. Esti Widiastuti M.MScPH (Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit), Ida Ayu Agung Mardiani, S.Kom.MKM (BPPSDMK), Sri Nurhayati, SKM (Direktorat Gizi Masyarakat), dr Ade Irma Rosiani MKM (Pusat Kesehatan Haji), Safira Cahyandari (Direktorat Kesehatan Kerja dan Olah Raga),



dr. Putriani Hartini (Direktorat Kesehatan Kerja dan Olah Raga),  
dr. Savaart Hutagalung, MARS (Subdit Kesehatan Lanjut Usia);  
Ribka Ivana Sebayang, SKM, MKM (Subdit Kesehatan Lanjut  
Usia); dr. Ima Nuraina (Subdit Kesehatan Lanjut Usia); dr. Farsely  
Mranani, M.KM (Subdit Kesehatan Lanjut Usia), Elmy Rindang  
Turhayati, SKM, M.KM (Subdit Kesehatan Lanjut Usia), Ingrat  
Padmosari, SKM, M.Epid (Subdit Kesehatan Lanjut Usia); Utami  
Gita Syafitri, SH (Setjen Kemkes), Jahrudin, SH (Kemensos), dr.  
Dyon Ekoningsih, SPKK (KSDGI), Eva Sabdonno (Yayasan Emong  
Lansia), dr.Upik Rukmini, M.Kes (Direktorat Pelayanan Kesehatan  
Primer), dr Ika Fitriana (Pergemi RSCM), dr. Resi Natalia  
Turnip MKM (P2JK), Heni Rudianti SKM.M.Kes (Dit.Promosi  
Kesehatan); Ifrani Yuan K (Pusrengun PPSDM Kesehatan), dr.  
Tetyana Madjid (Dit PKRNs); Dwi Dharmaningsih S.Kep (Dit  
PKR); La Ode M Hajar (Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer),  
I.G.A.M. Bramantha Y ST .M.Si (Direktorat Pelayanan Kesehatan  
Primer), Wulan Dri Damayanti, S.Kep.NS (Direktorat Pelayanan  
Kesehatan Primer), Wita Nursanthi (Direktorat Pelayanan  
Kesehatan Rujukan), Ns Ibnu Abas M.Kep, S.Kep.Kom (PPNIDR);  
Ni Made Riasmini S.Kp.M.Kes, SP.Kom (BPPSDMK); dr Nani  
H Widodo Sp.M.MARS (Dit Yanmedik dan Keperawatan); Tini  
Setiawan (WHO), Nurhayati DWI H (CAS UI); Dhini Agustin,  
M.Kesos (CAS UI), drg Ramadanura, MPH (Dit.Promosi  
Kesehatan); Dwi Nurviyandari (BPPSDMK); Ismet Syaifullah  
AKS, M.Si (Kemensos), Yuli Nazila Sidy (Direktorat Pelayanan  
Kesehatan Primer); Wahyu Imam Santoso (Kemen PUPR), Ekky





## TIM SEKRETARIAT

Irvan Danu Arifianto, Amd (Subdit Kesehatan Lanjut Usia),  
Midyawati Ahmad, Amd. Kep, SKM (Subdit Kesehatan Lanjut  
Usia), Suhendi (Subdit Kesehatan Lanjut Usia), Abdul Muiz  
Soeharto, S.Kom (Subdit Kesehatan Lanjut Usia), Retno Wulan  
Handayani, SKM (Subdit Kesehatan Lanjut Usia).





